

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE ^{N°} 439

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 22 juin 1899, à 1 heure

Par GEORGES MAINCENT

Né à Brecey (Manche) le 2 avril 1871.

Ex-interne des Hôpitaux de Rennes

Lauréat de l'Ecole de médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA GRENOUILLETTE
SUS-HYOÏDIENNE

Président : M. A. LE DENTU, professeur.

*Juges : { MM. BERGER, professeur.
RICHELOT et THIÉRY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

THÈSE

DE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par M. le Docteur J. B. ROYER

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE

DE LA GRENOUILLÈTE
STY-HZOIÉNE

Présentée et soutenue publiquement
le 15 Mars 1870
par M. le Docteur J. B. ROYER
Médecin à la Faculté de Médecine de Paris

PARIS

JOUVE ET ROYER

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue de la Harpe, 15

1870

439

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 22 juin 1899, à 1 heure

Par GEORGES MAINCENT

Né à Brecey (Manche) le 2 avril 1871.

Ex-interne des Hôpitaux de Rennes

Lauréat de l'Ecole de médecine

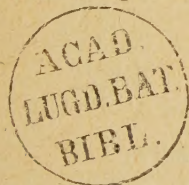
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA GRENOUILLETTE
SUS-HYOÏDIENNE

Président : M. A. LE DENTU, professeur.

*Juges : { MM. BERGER, professeur.
RICHELOT et THIÉRY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage de vive affection et de profonde reconnaissance.

A MA SŒUR

A MA FAMILLE, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien des hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA GRENOUILLETTE

SUS-HYOÏDIENNE

INTRODUCTION

« Il est, en pathologie chirurgicale, peu d'affections dont l'histoire présente autant d'obscurité que celle de la grenouillette. Cela tient à ce que, sous ce nom, on a décrit un grand nombre de lésions de nature différente » (1).

Aujourd'hui, on comprend sous cette dénomination tous les kystes salivaires du plancher de la bouche. D'après le siège de ces kystes on a établi une classification dont les variétés les plus importantes sont les grenouillettes sublinguales et les grenouillettes sus-hyoïdiennes.

Ces dernières, situées au-dessous de la mâchoire inférieure, comprennent elles-mêmes deux catégories : les sus-hyoïdiennes sous-maxillaires et les sus-hyoïdiennes sublin-

1, Kirrnisson. *Manuel de pathologie externe*, t. II, page 760.

guales montrant ainsi leur origine par leur dénomination : le point de départ étant situé pour les unes dans la glande sous-maxillaire, pour les autres, dans la glande sublinguale.

Il est presque universellement admis aujourd'hui que l'origine sublinguale est de beaucoup la plus fréquente.

Nous avons donc profité de ce que nous avons à notre disposition l'observation longue et détaillée d'une malade atteinte de grenouillette sus-hyoïdienne, dont l'évolution semble une preuve de l'origine sublinguale, pour faire de l'étude de la grenouillette sus-hyoïdienne l'objet de notre thèse inaugurale.

Dans cette étude, nous nous proposons de réunir les connaissances et les faits acquis sur ce sujet et de présenter l'état de la question à l'heure actuelle, en insistant sur la pathogénie et en montrant par une suite d'observations que « guérir une grenouillette n'est pas toujours chose aisée » et qu'« il faut parfois beaucoup de patience de la part du malade et du chirurgien pour mener à bien cette cure délicate » (1).

Mais avant d'aborder notre sujet, nous tenons à adresser l'hommage de notre plus vive reconnaissance à nos maîtres de l'Ecole de Rennes qui nous ont guidé pendant cinq années dans nos études médicales, et qui nous ont accordé leur bienveillance.

Nous remercions MM. les Docteurs Lhuissier, Lefevre et Lautier pour la sympathie qu'ils nous ont toujours témoignée.

1. Morestin. *Traité de chirurgie*, Delbet et Le Dentu, T. VI 281.

Que MM. les Docteurs Delacour, directeur de l'Ecole de médecine de Rennes, Dayot père, Aubrée, Dayot fils et Bertheux qui furent nos professeurs de clinique reçoivent nos remerciements pour l'intérêt qu'il nous ont toujours porté et l'enseignement qu'ils nous ont donné.

M. le Docteur Bruté de Reémur, professeur de clinique ophthalmologique, dans le service duquel nous avons passé notre première année d'internat, voulut bien nous honorer de sa confiance et nous témoigner les plus grandes marques de bienveillance ; qu'il daigne agréer l'expression de notre vive et sincère reconnaissance.

Nous avons passé notre seconde année d'internat à la Maternité, dans le service de M. le Dr Perret, professeur de clinique obstétricale ; nous n'oublierons jamais son précieux enseignement et ses sages conseils.

Nous remercions aussi tout particulièrement M. le Dr Le Moniet qui nous a aplani les difficultés de la clinique gynécologique.

MM. les Docteurs Templé, Patay et Leray, ont également droit à toute notre gratitude.

Que M. le Professeur Le Dentu enfin veuille bien accepter le tribut de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

HISTORIQUE. DÉFINITION

Les auteurs des temps les plus reculés ont étudié et décrit avec quelques détails dans leurs ouvrages les différentes tumeurs du plancher buccal, mais ils étaient loin de s'entendre sur la nature de la grenouillette.

Tandis qu'Hippocrate, en effet, semblait en faire une inflammation locale, qu'il désignait sous le nom d'hyperglossite, Celse la considérait comme un abcès sublingual ; Aétius la croyait constituée par une série de dilatations variqueuses ; Avicenne par des « amas d'humidité visqueuse » ; et enfin A. Paré (1) lui-même, au seizième siècle, pensait qu'elle contenait une matière pituiteuse, froide, lourde, grasse et visqueuse, tombant du cerveau sous la langue.

L'anatomie des glandes salivaires fit faire un grand pas à l'étude de la grenouillette.

Après que Wharton, Bartholin et Rivinus eurent découvert et décrit les conduits salivaires qui portent aujourd'hui leur nom, les chirurgiens commencèrent à se faire une idée plus juste de l'affection qui nous occupe, et la considérèrent avec Munnichs, Jourdain et Louis comme le résultat exclusif de la dilatation des canaux excréteurs

1. A. Paré. *In OEuvres*. Liv. VIII. *De Ranula*. Paris 1585.

salivaires par suite de leur oblitération accidentelle ou congénitale.

La découverte des glandes sublinguales accessoires vint encore jeter un nouveau jour sur la question de la grenouillette et l'on admit alors que presque toujours celle-ci se développait aux dépens d'une glande sublinguale ; et tout à fait exceptionnellement aux dépens des canaux excréteurs dilatés.

On voit qu'en somme, l'historique de la grenouillette telle que nous l'entendons aujourd'hui est de date relativement récente ; quant à la grenouillette sous-hyoïdienne que nous avons uniquement en vue ici, elle ne commence à être connue que depuis quelques années seulement.

Sans doute, Jobert de Lamballe dans le tome I de son *Traité de Chirurgie pratique*, donne quelques détails sur la pathogénie de l'affection qui nous occupe mais pour lui, celle-ci n'est que la conséquence du développement d'un kyste dans la bourse séreuse de Fleischmann.

Quant à Nélaton, Boyer et Vidal de Cassis, ils sont presque muets sur la question ; celle-ci, en revanche, est traitée assez en détail dans le *Compendium de chirurgie pratique* de Gasselin et Denonvilliers, mais sa pathogénie est à peine effleurée.

Parmi les thèses qui parurent à cette époque, et dans lesquelles, de près ou de loin notre sujet fut abordé, il fait citer celle de Leflaive en 1852, celle de Bimbard en 1853 qui publie deux belles observations de grenouillettes sous-hyoïdiennes recueillies dans le service de Nélaton ; enfin les thèses de Pichon (1854), Magnier (1855), Dassen (1857), Perroud (1858), Lelièvre (1861), Landetta (1863), De-

mons (1868), Raillard (1871), Peyssonnié (1874) et Guérin (1876).

La grenouillette sus-hyoïdienne commence à être étudiée un peu plus sérieusement dans le *traité de Pathologie externe* de Follin et Duplay (Tome V) ; mais ce n'est que dans les ouvrages de chirurgie ou dans les journaux parus ces dernières années qu'elle est véritablement bien décrite.

Signalons à ce sujet l'article de Delens dans la *Revue de Chirurgie* (1881 p. 207) ; la publication de Desprès dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1876, page 549 ; les études de Dieu dans les *Bulletins et Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris* (1882) ; enfin le travail de M. Hartmann dans le *traité de Chirurgie* de Duplay et celui de M. Morestin dans le *traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet.

Parmi les thèses passées récemment sur notre sujet, nous citerons surtout celle de Boyer (Montpellier 1895), Chavillat (Paris 1895) et Spindler (Paris 1898).

Chose curieuse, les *traités de Chirurgie* publiés à l'étranger signalent à peine l'existence de la grenouillette sus-hyoïdienne ; Billroth et Holmes la passent absolument sous silence et Gross (*A system of surgery* II. p. 534) la décrit d'une façon plus que sommaire.

Quant à nous, nous étudions ici sous les noms de grenouillettes sus-hyoïdiennes les tumeurs liquides et enkystées du plancher de la bouche d'origine salivaire en faisant nettement saillie à la région sus-hyoïdienne.

Pourquoi ces tumeurs ont-elle reçu et conservé la dénomination bizarre de grenouillette ?

« Il est difficile de le dire au juste ; tandis que certains auteurs, en effet, disent que la difficulté d'élocution que détermine la présence d'une tumeur sur le plancher buccal rappelle vaguement le croassement des grenouilles, d'autres affirment que la déformation visible à l'extérieur, quand la tumeur est volumineuse, peut faire songer à la saillie que déterminent au dessous de la mâchoire chez les batraciens, les mouvements de déglutition et de respiration (1) ».

1. Morestin, *Traité de chirurgie Dentu et Delbet*, 2. V. p. 278.

DESCRIPTION DES RÉGIONS SUS-HYOÏDIENNE ET SUBLINGUALE

Avant d'aborder l'étude anatomo-pathologique de la grenouillette sus-hyoïdienne, il est indispensable de rappeler brièvement la constitution des deux régions qui sont occupées presque toujours simultanément par cette affection ; nous voulons dire la région sus-hyoïdienne et la région sublinguale.

« La région sus-hyoïdienne, dit le Professeur Tillaux, a pour limites en haut le bord inférieur de la mâchoire inférieure, en bas le corps et les grandes cornes de l'os hyoïde ; en dehors le ventre postérieur du digastrique et une ligne oblique étendue de l'angle de la mâchoire au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. A cette dernière correspond la bandelette fibreuse qui sépare nettement la région en question de la région parotidienne (1).

Profondément, la région sus-hyoïdienne confine au plancher de la bouche dont elle est séparée par le muscle-mylo-hyoïdien, et avec lequel certains auteurs la confondent sous le nom de région glosso sus-hyoïdienne.

Quoiqu'il en soit, à l'état normal cette région présente une direction à peu près horizontale et une surface légèrement courbe dont la concavité regarde en bas.

1. Tillaux *Anatomie topographique*, p. 393.

Si maintenant nous étudions rapidement plan par plan, les différentes couches qui la constituent, nous trouvons, en allant de la superficie vers la profondeur :

1. La peau ;

2° Le muscle peaucier dont les fibres se dirigent obliquement en bas et en dehors, et qui manque sur la ligne médiane. Le muscle est rattaché à la face profonde de la peau par une couche de tissu cellulaire très serré, tandis qu'au contraire, il est séparé des parties sous-jacentes par une couche de tissu cellulaire très lâche dans laquelle cheminent quelques filets nerveux provenant du facial et du plexus cervical superficiel ;

3° L'aponévrose cervicale superficielle dont la disposition a donné lieu à de nombreuses discussions.

Pour le professeur Tillaux, cette aponévrose s'attache en haut au bord inférieur de la mâchoire ; en bas aux corps et aux grandes cornes de l'os hyoïde ; en avant elle s'amincit pour se continuer sur la ligne médiane avec celle du côté opposé. Elle se dédouble en deux feuillets, l'un externe qui tapisse la face externe de la glande sous-maxillaire ; l'autre profond, qui tapisse la face interne de la glande. Ces deux feuillets superficiel et profond se réunissent en haut et en bas au niveau de la mâchoire et de l'os hyoïde ; et de cette disposition résulte pour la glande sous-maxillaire et les ganglions lymphatiques qui l'entourent, la formation d'une véritable loge fibreuse qui enkyste ce organes et les sépare complètement de la parotide » (1).

1. Tillaux. *Anat. topographiq.* p. 401.

D'après M. Testut, les deux feuillets de l'aponévrose cervicale superficielle, fusionnés en bas au niveau de leur insertion sur l'os hyoïde, restent dédoublés en haut; le feuillet externe va s'insérer en haut au bord inférieur de la mâchoire inférieure, tandis que le feuillet profond va s'attacher à la ligne oblique du maxillaire inférieur.

Pour M. Charpy, il n'y a pas de feuillet profond qui tapisse la surface du muscle mylo-hyoïdien, l'aponévrose sous-maxillaire descendant du bord inférieur du maxillaire inférieur va se continuer avec l'aponévrose sous-hyoïdienne, tandis qu'un feuillet réfléchi va se fixer à l'os hyoïde.

Pour M. Sébileau enfin, l'aponévrose cervicale superficielle, insérée en haut au bord inférieur du maxillaire inférieur, se dédouble en deux feuillets qui se réunissent plus ou moins bas, suivant les cas, de manière à englober la glande sous-maxillaire, et qui adhèrent à l'os hyoïde, mais sans se fusionner nécessairement au niveau de cet os.

Quant à la glande sous-maxillaire, elle occupe au niveau de la région que nous venons de décrire une situation qui n'a été bien précisée que depuis peu de temps, grâce aux recherches de M. Ricard. « Aplatie de dehors en dedans, plus épaisse à sa partie supérieure qui forme la base, qu'à son extrémité inférieure qui forme le sommet; de forme triangulaire et taillée en coin, la glande sous-maxillaire, à la façon du sterno-mastoïdien, est étalée par son aponévrose sur une grande étendue de la région... En arrière, elle déborde du creux sous-maxillaire par son bord postérieur qui franchit le ventre postérieur du di-

gastrique et le stylo-hyoïdien pour venir s'appliquer sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien. En bas, elle se développe en dehors du creux, dépasse l'os hyoïde et recouvre la plus grande partie de la membrane thyro-hyoïdienne. En haut le bord supérieur de la glande dépasse à peine le bord inférieur de la mâchoire ; il se met en rapport avec le ptérygoïdien interne mais ne remplit pas la fossette osseuse qu'on décrit sur la face interne du maxillaire inférieur, et dans laquelle se loge seulement un prolongement de la glande. En avant, le bord de la sous-maxillaire recouvre un peu de la surface externe du mylo-hyoïdien » (1).

Comme on le voit, la glande sous-maxillaire est surtout cervicale par sa situation. Elle envoie deux prolongements, l'un antérieur, conoïde, aplati transversalement, accompagne le canal excréteur, l'autre postérieur, souvent rudimentaire se dirige en haut et en arrière jusqu'à la dernière grosse molaire inférieure.

A la face externe de la glande cheminent l'artère et la veine faciale :

L'artère faciale, née de la carotide externe se dirige en haut et en avant, jusqu'au niveau de la glande sous-maxillaire ; arrivée là, elle se porte horizontalement en avant en enserrant le bord inférieur de la glande dans une espèce de courbe, et redevient verticale au moment où elle atteint le bord antérieur du masséter. Elle fournit à ce niveau de nombreuses branches ; l'artère sous-men-

1. Sébilleau. *Démonstration d'anatomie*, p. 150.

tales et les branches de la sous-maxillaire sont seules destinées à la région qui nous occupe.

La veine faciale croise obliquement la face externe de la glande sous-jacente, formant en quelque sorte la corde de l'arc décrit par l'artère. Plus loin, elle s'unit souvent aux veines linguale et thyroïdienne supérieures pour former le tronc veineux thyro-linguo-facial.

Sous la glande maxillaire se trouvent des nerfs et des vaisseaux très importants ; c'est en premier lieu le nerf grand hypoglosse qui à ce niveau est horizontal jusqu'au bord antérieur du muscle hyo-glosse ; il se relève ensuite pour pénétrer dans le creux sublingual. En arrière et en avant du muscle hyo-glosse, le nerf grand hypoglosse est accolé à l'artère ; mais tandis qu'il chemine sur la face externe de ce muscle, l'artère, elle chemine sous sa face profonde.

Dans son trajet, le nerf grand hypoglosse est accompagné par des veines linguales superficielles qui reçoivent surtout le sang de la face supérieure de la langue et des veines sublinguales.

Le nerf lingual chemine également sur la face externe de l'hypo-glosse, mais tout à fait à sa partie supérieure ; il envoie au nerf grand hypoglosse plusieurs rameaux anastomotiques qui décrivent des arcades à concavité postérieure. Il est accompagné par des veines linguales fournies par la réunion de quelques veines superficielles du dos de la langue.

A la partie supérieure de la glande sous-maxillaire se trouve le ganglion sous-maxillaire, petit corps ovoïde, gros comme un « grain de chènevis », suivant la comparaison

de M. Sébilleau. Au ganglion sous-maxillaire aboutissent des rameaux afférents provenant du lingual, et de ce ganglion partent des rameaux efférents destinés à la glande sous-maxillaire, au canal de Wharton et au nerf lingual. En dessous de la glande sous-maxillaire se trouvent encore des ganglions lymphatiques disposés le long du bord inférieur de la mâchoire inférieure, ainsi que les vaisseaux et le nerf mylo-hyoïdien qui cheminent dans la gouttière du même nom, creusée sur la face interne de la mâchoire inférieure.

Après avoir enlevé la glande sous-maxillaire et les organes qu'elle recouvre, on tombe sur un plan musculaire qui est constitué par les muscles suivants, en allant de dehors en dedans : le stylo-hyoïdien, le digastrique, le mylo-hyoïdien et l'hyo-glosse.

Nous n'avons pas à décrire ici, d'une façon détaillée ce plan musculaire, mais nous reviendrons tout à l'heure sur les particularités intéressantes qu'il présente, au point de vue de l'affection qui nous occupe, particularités remarquablement étudiées par M. Morestin, et qui ont jeté un jour tout nouveau sur la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne.

« La région sublinguale est limitée en dehors par la face interne du maxillaire inférieur et le mylo-hyoïdien ; en dedans par le génio-glosse et le génio-hyoïdien ; en haut par la muqueuse qui revêt le plancher de la bouche, en bas la paroi externe et la paroi interne se réunissent à angle aigu (1) ».

1. Sébilleau. *Loc. cit.*

Ainsi délimitée, la région sublinguale communique largement en arrière avec la région sous-maxillaire : la muqueuse buccale qui forme la paroi supérieure se réfléchit de bas en haut pour tapisser la face inférieure de la langue ; et forme en se réfléchissant un replis saillant, vertical et antéro-postérieur ; c'est le frein ou filet. De chaque côté de celui-ci, on voit une petite saillie percée d'un trou, c'est l'ostium ombilicale, ou orifice extérieure du canal de Wharton. Plus en dehors, on aperçoit une crête saillante, oblique en avant et en dedans, et percée de nombreux orifices, cette crête n'est autre chose que la saillie de la glande sublinguale, et les orifices sont ceux de ses canaux excréteurs. Sur la face profonde de la muqueuse qui recouvre les glandes surtout autour de l'ostium ombilicale viennent s'étaler des fibres musculaires striées provenant en grande partie du génio-glosse.

La glande sublinguale, organe principal de la région qui nous occupe en ce moment, a une forme ovoïde et est aplatie transversalement, tandis qu'elle est allongée d'avant en arrière. Par sa face antéro-externe, elle répond au corps de la mâchoire inférieure ; par sa face interne, au muscle génio-glosse, dont le séparent le nerf lingual, le canal de Wharton et l'artère sublinguale. Le bord supérieur de la glande soulève la muqueuse du plancher de la bouche et détermine la formation de la crête dont nous avons parlé plus haut. Son bord inférieur s'insinue dans l'angle que forment en se rencontrant le mylo-hyoïdien et le génio-glosse. L'extrémité antérieure de la glande est relativement effilée et repose sur le tendon du génio-glosse, tandis que son extrémité postérieure, plus

volumineuse, semble se continuer avec le prolongement antérieur de la glande sous-maxillaire, sur la face externe du muscle hyo-glosse.

La glande sublinguale se compose, en général, d'une masse principale et de plusieurs petites masses accessoires. La masse principale déverse sa salive dans la bouche par le canal de Rivinus qui tantôt va s'ouvrir isolément sur la muqueuse buccale, à côté de l'ostium ombilicale, tantôt va se jeter dans le canal de Wharton un peu avant sa terminaison.

Les masses accessoires se disposent autour de la masse principale en petits groupes lobulés de nombre et de volume variables, et qui donnent chacun naissance à un petit conduit qui vient s'ouvrir au sommet de la crête sublinguale. Il existe, en général, 20 à 25 conduits de cette sorte que l'on désigne sous le nom de caudicules de Walther, du nom de l'auteur qui les a décrits le premier. Quelquefois le canal de Rivinus ou de Bartholin fait défaut, et alors, le nombre de ces canaux peut être doublé ou même triplé.

En outre de ces masses accessoires, il existe encore dans la muqueuse de petites glandes isolées ayant chacun un conduit excréteur particulier, ce sont les glandules sublinguales.

Enfin Suzanne a décrit comme une glande sublinguale appelé aussi groupe glandulaire du frein, grosse comme un petit pois et située sur la ligne médiane, derrière la face postérieure du maxillaire inférieur.

Quant à la glande sous-maxillaire accessoire de M. Nitot, située au niveau de cette région, bien loin de la

véritabte glande sous-maxillaire, c'est également, en réalité, un amas de glandules sublinguales dont le canal excréteur va se jeter dans le canal de Wharton.

En dedans de la glande sublinguale existe un espace triangulaire situé entre le génio-glosse et la muqueuse, et qui est comblé par du tissu cellulaire lâche. C'est ce tissu cellulaire que certains auteurs et, en particulier Verneuil et Tillaux, désignent sous le nom de bourse séreuse de Fleischmann, du nom de l'anatomiste allemand qui l'a décrite. Toutefois, l'existence de cette bourse séreuse est très discutée, et la plupart des auteurs français actuels tendent à la rejeter.

Sous la face profonde de l'artère sublinguale se trouve le canal de Wharton qui se dirige à peu près horizontalement en avant et qui est croisé sur son côté externe d'une part par le nerf lingual qui se dirige en bas et en avant; d'autre part par l'artère et les veines sublinguales qui se dirige en haut et en avant.

D'après notre définition, la région sus-hyoïdienne et la région sublinguale sont séparées l'une de l'autre par le muscle mylo-hyoïdien. Ce muscle présente certaines particularités intéressantes, étudiées par M. Morestin, et qu'il importe de connaître au point de vue de la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne.

« Le mylo-hyoïdien, composé de fibres transversales parallèles, juxtaposées, forme habituellement un plan charnu ininterrompu; mais chez certains sujets, les faisceaux, moins étroitement appliqués les uns aux autres, laissent entre eux des points faibles, des lacunes, de véritables solutions de continuité. A travers ces solutions de

continuité, la glande sublinguale, qui répond à la face supérieure du mylo-hyoïdien, envoie fréquemment des prolongements. Il s'agit d'un fait presque commun, qu'on peut observer à des degrés divers une ou deux fois au moins sur dix sujets adultes ».

Sans doute, tous les anatomistes connaissent ces prolongements glandulaires, cependant nous ne les avons vus signalés dans aucun des mémoires spécialement consacrés à l'étude de la glande sublinguale, et parmi les ouvrages classiques, il n'y a que le traité de Cruveilhier et celui de Marc Sée qui leur consacrent une mention fort brève.

Quand on dissèque le muscle mylo-hyoïdien par sa face superficielle, on voit les prolongements glandulaires faire hernie à travers les interstices du muscle; ils se montrent sous des aspects variables, souvent à peine voilés par une lame cellulaire, ils laissent voir à travers cette même enveloppe leur coloration d'un gris rosé, et leur lobulation. Ailleurs, ils sont masqués par une épaisse couche grasseuse en continuité avec celle qui se trouve au-dessus du mylo-hyoïdien. En dissociant cette graille, ou y trouve des grains glandulaires, et parfois de véritables portions de la glande.

Quelquefois, à côté des prolongements glandulaires, on trouve de véritables hernies grasseuses, pelotons adipeux de la couche sus mylo-hyoïdienne, de l'atmosphère de la glande sublinguale, ayant passé à travers le muscle. On peut se demander en présence de cette constatation, si dans certains cas ces pelotons adipeux ne constitueraient pas le premier stade des hernies glandulaires et s'ils ne pour-

raient pas en se développant d'abord entre les plans musculaires puis au-dessous, frayer une voie et attirer une partie de la glande.

Sur certains sujets, on trouve des petites glandes indépendantes, situés à la face inférieure du mylo-hyoïdien que traversent leurs conduits excréteurs.

Le nombre, le siège, le volume de ces prolongements glandulaires varient considérablement. Il y en a trois ou quatre, plus souvent deux qui peuvent être symétriquement placés ou se trouver à des niveaux différents. D'ordinaire un seul est très développé; il atteint le volume d'un pois, d'une noisette, parfois même, il semble que la glande sublinguale soit comme en prolapsus, tombée presque tout entière au-dessous du muscle.

Bien que ces prolongements glandulaires puissent s'observer dans toutes l'étendue du mylo-hyoïdien, il y a cependant deux sièges d'élection.

1° Tout à fait en avant, au voisinage des apophyses-géni.

2° A la parti moyenne du muscle.

Par contre on ne les voit jamais sur la ligne médiane et rarement près du bord postérieur du muscle (1).

1. Morestin. *Bulletin, Soc. anatomie* 1897. *Du prolongement de la plante sublinguale à travers le mylo-hyoïdien et de leur rôle dans la pathogénie de la grenouillette sus-hyoïdienne.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons décrit avec détail dans le chapitre précédent la situation et les rapports des glandes sous-maxillaires et sublinguales ; nous avons vu, en particulier que ces dernières n'étaient pas seulement cantonnées dans le plancher de la bouche, mais qu'elles envoyaient très souvent à travers le muscle mylo-hyoïdien, des prolongements glandulaires presque dans la région sus-hyoïdienne. Cette étude va nous permettre maintenant d'exposer rapidement l'anatomie pathologique et la pathogénie des grenouillettes sus-hyoïdiennes.

Siège. — La tumeur kystique n'a pas de préférence notable pour l'un des côtés droits ou gauche. Presque toujours, elle fait saillie à la fois à la région sus-hyoïdienne et sur le côté correspondant du plancher de la bouche. Exceptionnellement la tumeur sublinguale manque.

Volume. — Très variable, quelquefois la grenouillette est grosse comme une noix, d'autres fois grosse comme un œuf de dinde ou comme le poing ; il n'y a aucun rapport entre le volume de la saillie sublinguale et celle de la région sus-hyoïdienne. Cette tumeur peut être très développée, alors que la première est à peine marquée, et inversement.

Forme. — Toujours plus ou moins régulièrement arrondie.

Nombre. — Il n'existe habituellement qu'une grenouillette ; toutefois, comme celle-ci fait à la fois saillie à la région sus-hyoïdienne et à la région sublinguale, on s'est demandé si elle n'était pas constituée par plusieurs tumeurs.

Certains auteurs pensent encore aujourd'hui, avec Delens et Giraldès qu'il existe généralement deux tumeurs, l'une sublinguale, développée au dépens de la glande sublinguale, l'autre sus-hyoïdienne développée au dépens de la glande sous-maxillaire. Or, sans doute, cette disposition existe quelquefois mais elle est absolument exceptionnelle.

Presque toujours les deux poches buccale et sus-hyoïdienne communiquent ensemble et ne forment en réalité qu'une seule et même tumeur. Dans la majorité des cas, la communication est évidente et le liquide reflue facilement d'une poche dans l'autre ; dans quelques cas, au contraire, elle est petite et demande à être recherchée avec soin, par une dissection attentive. Quoiqu'il en soit, comme l'a démontré M. Morestin, cette communication doit se faire presque toujours à travers les solutions de continuité que nous avons décrites tout à l'heure au muscle mylo-hyoïdien.

Dans une observation de Dieu, cependant, le canal d'union des deux poches kystiques traversait une boutonnière que présentaient les muscles géniens, et dans une observation de M. Hartmann, ce même canal passait au dessus du bord postérieur du muscle mylo-hyoïdien.

Nous rechercherons tout à l'heure, à propos de la pathogénie, aux dépens de quelle glande se forme le kyste salivaire sus-hyoïdien ; pour le moment nous nous contenterons de dire qu'il se développe non pas dans le tissu intermusculaire comme l'affirmaient autrefois certains auteurs, mais, comme l'a démontré Giraudeau, presque toujours dans le tissu cellulaire situé au-dessous de l'aponévrose superficielle du cou.

Les parois de la poche kystique sont très minces et présentent une coloration blanchâtre. Extérieurement, elles sont recouvertes, du moins du côté du plancher de la bouche par des fibres musculaires striées. Assez faciles à détacher de la muqueuse buccale, sauf dans le cas d'intervention antérieure, elles adhèrent au contraire très intimement aux différentes couches de la région sus-hyoïdienne.

La surface intérieure est lisse habituellement, le kyste est uniloculaire, quoique bilobé ; cependant, il peut être multiloculaire ; c'est ainsi que dans un cas de Masse, la poche était divisée en six loges distinctes.

Au microscope la paroi kystique paraît formée d'une membrane celluleuse plus ou moins épaisse, tapissée à sa face interne d'un épithélium différemment décrit par les auteurs.

Pour Ch. Robin, cet épithélium serait cubique, pour Bazy, (1) il serait formé par 12 ou 15 couches de cellules superposées. Les couches superficielles seraient constituées par des cellules déformées, aplaties ; les cou-

1. Bazy *Société anat.* Mai 1889.

ches profondes, au contraire, seraient constituées par des cellules cylindriques.

Dans l'épaisseur de la paroi, on aperçoit très facilement de petits diverticules, « de petits kystes en miniature, qui après l'oblitération de la poche principale seraient susceptibles d'augmenter de volume et de reproduire une nouvelle grenouillette » (1).

Le liquide contenu dans le kyste est souvent brun, orangé, et tellement visqueux qu'il ne sort pas par l'orifice du trocart. Il est donc beaucoup plus dense que la salive.

« Cliniquement, il diffère de cette dernière par la présence d'une grande quantité de mucus, l'absence de ferment diastasique et du sulfocyanure de potassium, différences qui ne contredisent pas le moins du monde l'origine salivaire du liquide. » (2)

1. Morestin *Traité de Chirurgie* Le Dentu et Delbet T. V. p. 281.

2. Morestin *Traité de Chirurgie* Le Dentu et Delbet T. P. p. 281.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

La grenouillette sus-hyoïdienne est en somme une affection très rare. Toutefois cette rareté tient-elle peut-être à ce que la maladie qui nous occupe est encore actuellement assez mal connue.

Le sexe semble n'avoir aucune influence.

C'est habituellement à l'âge moyen de la vie qu'on observe la grenouillette sus-hyoïdienne qui peut cependant se montrer exceptionnellement chez les vieillards et chez les enfants, et qui peut même être congénitale. Schwerin a publié dans le *Berlin Klin. Wochs*, n° 3, page 37, 1877 l'observation d'un nouveau-né atteint d'une grenouillette sublinguale et d'une tumeur considérable au niveau de la région antérieure du cou.

Les causes occasionnelles ou déterminantes sont généralement inconnues. Dans certains cas on a invoqué les traumatismes, dans d'autres, des infections buccales, telles que stomatite, érysipèle etc.

Enfin quelquefois la grenouillette sus-hyoïdienne s'est développée à la suite de la pénétration d'un corps étrangers, tel qu'une barbe d'épi de blé dans le plancher de la bouche. Peut-être alors le canal de Wharton se trouve-t-il oblitéré soit directement par ce corps étranger, soit indirectement et la suite de la formation d'un abcès. Mais

ce ne sont là que des hypothèses qu'il s'agirait de vérifier.

Au point de vue de la pathogénie, il nous faut ici distinguer deux cas :

1° La grenouillette ne fait saillie qu'à la région sus-hyoïdienne.

2° La grenouillette fait à la fois saillie à la région sublinguale et sus-hyoïdienne.

Dans le premier cas, il se peut que la tumeur kystique se développe aux dépens de la glande sous-maxillaire comme dans les observations de M. Hartmann mais il se peut aussi qu'elle se développe aux dépens de ces prolongements glandulaires que la sublinguale envoie à travers le muscle mylo-hyoïdien, dans la région sus-hyoïdienne.

Sans doute, ce n'est là qu'une hypothèse, mais c'est une hypothèse très acceptable, du moins théoriquement, d'après les données anatomiques exposées plus haut.

Quand la grenouillette fait à la fois saillie à la région sublinguale et à la région sus-hyoïdienne, il se peut qu'elle soit constituée par deux tumeurs distinctes développées l'une aux dépens de la glande sublinguale, l'autre aux dépens de la glande sous-maxillaire, mais cette théorie soutenue par Delens et Giraldès n'est vraie qu'exceptionnellement. Habituellement la tumeur est une.

Dans ce dernier cas, presque toujours la grenouillette sus-hyoïdienne est précédée par une grenouillette sublinguale de sorte qu'il nous reste successivement à étudier comment se forme cette dernière variété de grenouillette, et comment elle se transforme pour donner naissance à l'affection que nous étudions.

Nous passerons très rapidement sur la pathogénie de la grenouillette sublinguale qui ne nous intéresse qu'indirectement.

Certains auteurs ont considéré celle-ci comme le résultat de l'oblitération du canal de Wharton, mais cette théorie n'est plus ordonnée aujourd'hui, du moins dans l'immense majorité des cas, pour la raison toute simple que presque toujours le canal de Wharton est reconnu perméable, soit par le cathétérisme, soit par l'épreuve du sel.

Nous en dirons autant de la théorie soutenue par le professeur Tillaux à la Société de chirurgie en 1874 ; le maître éminent distinguait deux formes ; l'une chronique, résultant de la dilatation d'un des conduits oblitérés de la glande sublinguale, l'autre aiguë, consécutive à la rupture du canal de Wharton oblitéré et altéré quant à sa structure, dans la bourse séreuse de Fleischmann. Pour le professeur Tillaux, la grenouillette sus-hyoïdienne serait simplement un kyste séreux de cette bourse qui en se développant s'est insinué entre les muscles sus-hyoïdiens.

Recklinghausen et en France Cornil et Ranvier considèrent la grenouillette sublinguale comme un kyste développé dans la glande de Blandin. Ils se fondent principalement sur ce premier fait que la paroi de la poche est couverte de fibres musculaires qui n'existent pas au niveau du plancher buccal, et sur cet autre fait qu'après l'extirpation, le doigt pénètre vers la pointe de la langue. Or, les raisons invoquées par les partisans de cette théorie sont absolument sans valeur, car d'une part Suzanne a

démontré l'existence, à la face profonde de la muqueuse buccale de fibres musculaires striées à direction antéro-postérieure, provenant du génio-glosse, et d'autre part, il est bien reconnu aujourd'hui que presque toujours, la tumeur kystique se développe au début derrière la face postérieure du maxillaire inférieur, loin de la glande de Blandin par conséquent.

Puisque tous les auteurs sont d'accord aujourd'hui pour admettre que la grenouillette se développe presque toujours au dépens de la glande sublinguale elle-même. Quant à son mode exact de formation, il est loin d'être bien connu. Cependant les recherches anatomiques de Suzanne ont démontré qu'il existait une « sclérose de la glande avec atrophie puis destruction par dégénérescence muqueuse des éléments glandulaires; le tissu fibreux séparant les alvéoles finirait par participer à la lésion, et par se transformer progressivement en une masse hyaline et réfringente. Cette destruction de tous les éléments des lobules aboutirait à la formation d'une pseudo-cavité kystique. Des cavités semblables formées à côté de la première s'en rapprocheraient et se confondraient avec elles, arrivant ainsi à constituer une véritable poche kystique (1) ».

Bref il s'agirait là, suivant Suzanne, d'un processus analogue à celui des kystes ovariques, quant à la cause de ce processus, nous l'ignorons absolument. Certains auteurs invoquent bien une infection locale, mais c'est là une pure hypothèse sur laquelle nous ne pouvons insister.

1. Suzanne. (*Arch. de physiolog.* 86 87.

D'après Cadiot (Thèse de Paris 1879), et son maître Gosselin, voici ce qui arrive : « Le kyste sublingual s'ouvre spontanément ou devient l'objet d'interventions diverses. Il se produit sous ces diverses influences un épaissement inflammatoire de la muqueuse buccale qui oppose alors un obstacle infranchissable au développement du kyste, si bien que ce dernier ne pouvant faire saillie du côté de la bouche effondre le mylo-hyoïdien et vient faire saillie à la région sus-hyoïdienne. »

Le remarquable travail de M. Morestin sur les prolongements glandulaires qu'envoie la glande sublinguale à travers le muscle mylo-hyoïdien a récemment confirmé et surtout complété la théorie de Gosselin dorénavant très claire et irréfutable. Il est en effet évident que grâce aux solutions de continuité que présente le muscle mylo-hyoïdien, un kyste développé au dépens de la glande sublinguale peut, en suivant les prolongements sus-hyoïdiens de cette glande, pénétrer facilement dans la région sus-hyoïdienne et venir faire saillie facilement au niveau de cette région.

SYMPTOMES

Nous avons, déjà dit que la grenouillette sus-hyoïdienne était exceptionnelle et que presque toujours la tumeur sus-hyoïdienne était précédée par l'apparition d'une tumeur sublinguale. Nous étudierons donc successivement les deux phases suivantes :

1° Phase de grenouillette sublinguale.

2° Phase de grenouillette sus-hyoïdienne.

I. — *Phase de grenouillette sublinguale.*

M. Spindler dans une thèse récente (1) étudie successivement à ce sujet :

1° Une grenouillette sublinguale développée aux dépens de la gland sublinguale.

2° Une grenouillette par ectasie du canal de Warthon.

3° Une grenouillette congénitale.

4° Une grenouillette développée aux dépens de la glande Nuhn-Blandin.

Cette division admissible, à la rigueur, au point de vue étiologique et anatomo-pathologique, nous paraît dé-

1. Th, Paris, 1898-99.

fectueuse au point de vue clinique, car elle a le tort de faire croire à l'existence fréquente de variétés absolument exceptionnelles et même discutables ; nous ne décrirons donc ici que la grenouillette sublinguale proprement dite ; encore n'en dirons-nous que quelques mots, car elle ne nous intéresse qu'indirectement et à cause de sa transformation probable en grenouillette sus-hyoïdienne.

Le début de cette affection est généralement lent, insidieux, et la tumeur présente déjà un certain volume quand le malade s'en aperçoit, ou tout au moins quand il se décide à venir consulter le médecin.

À l'examen de la bouche, on constate alors entre l'arcade alvéolaire inférieure et la face inférieure de la langue, la présence d'une saillie de volume variable mais de forme généralement ovoïde et allongée d'arrière en avant et de dehors en dedans.

Tant que la saillie n'est pas trop volumineuse, elle reste unilatérale, mais pour peu qu'elle se développe elle ne tarde pas à franchir la ligne médiane et à remplir l'espace compris entre la langue et la mâchoire. Elle est alors souvent comme partagée entre deux parties inégales par le frein de la langue.

La tumeur présente un aspect gris rosé ou bleuâtre ; elle est lisse, indolente, nettement fluctuante et quand on la ponctionne on en retire un liquide blanc visqueux et présentant une teinte légèrement opaline.

Les symptômes fonctionnels n'apparaissent que quand la

tumeur est très volumineuse, et consistent alors en gêne de la mastication, de la déglutition; de la respiration et surtout de la phonation. Toutefois, comme le fait remarquer M. Morestin (1), ces symptômes graves sont rares aujourd'hui, car ordinairement le malade se décide à venir consulter le médecin de bonne heure, lorsque la tumeur a les dimensions d'une noix ou d'un œuf de poule.

Quoiqu'il en soit, la grenouillette sublinguale non opérée, peut, à un moment donné, se développer par en bas et venir faire saillie du côté de la région sus-hyoïdienne. C'est le cas le plus rare.

Habituellement, il s'agit d'une grenouillette sublinguale déjà opérée une ou plusieurs fois. La muqueuse du plancher de la bouche épaissie s'oppose au développement du côté de la cavité buccale, et la tumeur kystique bridée par en haut, envoie par l'une des boutonnières du muscle mylo thyoïdien un prolongement dans la région sus-hyoïdienne.

Exceptionnellement enfin la grenouillette sus-hyoïdienne se développe d'emblée.

II. — *Phase de grenouillette sus-hyoïdienne.*

La grenouillette sus-hyoïdienne se présente ordinairement sous forme d'une saillie siégeant au-dessous du maxillaire inférieur au niveau des régions sus-hyoïdienne latérale. Cette saillie se développe lentement, graduellement, sans donner lieu à aucun trouble fonctionnel, et c'est par hasard que le malade est un jour amené à en reconnaître l'existence.

Quand elle a acquis un certain volume, celui d'un œuf de poule par exemple, elle se présente habituellement sous forme d'une tumeur ovoïde, à grand diamètre vertical et à grosse extrémité inférieure et sans limites bien précises.

En haut elle est limitée par le bord inférieur du maxillaire inférieur, en arrière elle ne peut s'enfoncer sous le bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien ; en avant, elle dépasse quelquefois la ligne médiane et en bas, elle peut se développer jusque près de la clavicule comme dans une observation rapportée par Nélaton.

A son niveau, sauf inflammation antérieure, la peau présente sa coloration et sa souplesse normales.

Si l'on passe ensuite à l'examen de la bouche, on constate presque toujours l'existence d'une tumeur sublinguale ; mais celle-ci n'a plus le caractère que nous avons décrit à la période précédente, elle est moins saillante, plus étalée, surtout s'il y a eu plusieurs interventions de ce côté, et la muqueuse linguale, au lieu de présenter une coloration bleuâtre, présente souvent une coloration grisâtre et même blanchâtre.

Les deux saillies sublinguale et sus-hyoïdienne sont nettement fluctuantes, et on peut quelquefois se transmettre la fluctuation d'une poche à l'autre. Il arrive souvent que cette transmission est souvent impossible, non pas que les deux poches soient indépendantes, mais parce que, comme nous l'avons déjà dit, à propos de l'anatomie pathologique, l'orifice de communication est généralement très étroit.

« La tumeur sus-hyoïdienne est parfois réductible, ou

du moins elle cède et s'étale sous le doigt, donnant la sensation de réduction. Elle est d'une mollesse remarquable ; il semble que le liquide soit contenu dans une poche mince et complètement remplie. On a comparé cette sensation à celle que donnent les épanchements traumatiques de *sérosité* (1).

Une ponction exploratrice pratiquée au niveau de la région sus-hyoïdienne ou de la région sublinguale donnera un liquide que nous avons suffisamment étudié à propos de l'anatomie pathologique pour n'avoir plus à y revenir.

A moins qu'il n'existe une saillie sublinguale considérable, ce qui est exceptionnel, les troubles fonctionnels sont nuls et c'est simplement à cause de la difformité que les malades viennent trouver le médecin.

Terminons enfin en disant que la grenouillette sus-hyoïdienne peut se rompre de temps à autre, mais qu'elle n'a aucune tendance à la guérison spontanée, et qu'elle tend au contraire à augmenter toujours de volume si l'on n'intervient pas. En revanche, la suppuration du kyste n'a jamais été observée que dans le cas où il y avait eu ponction antérieure.

1. Morestin. *Loc. citat.*

DIAGNOSTIC

Il est généralement très facile. Le plus souvent, en effet, il s'agit d'un individu qui a déjà été opéré une ou plusieurs fois pour une grenouillette sublinguale et qui un beau jour, présente au niveau de la région sus-hyoïdienne, une voussure qui se développe lentement, sans douleur et qui a les trois grands caractères suivants : Fluctuation, extrême mollesse, réductibilité apparente ou réelle. En même temps, la saillie sublinguale s'est reproduite plus ou moins nettement, mais il est rare que la fluctuation puisse être transmise de cette dernière à la poche sus-hyoïdienne.

Le diagnostic différentiel est à faire avec les tumeurs solides, avec les tumeurs demi-solides, et avec les tumeurs liquides de la région sus-hyoïdienne.

Les tumeurs du premier groupe, quoique solides, présentent cependant, sinon sur toute leur étendue, du moins en certains points, une consistance molle, et par conséquent doivent être passées en revue dans cette étude clinique.

Le sarcome de la glande sous-maxillaire ou des ganglions voisins est d'un diagnostic généralement facile, grâce à l'évolution rapide, à l'adhérence aux parties voisines, à l'engorgement ganglionnaire, à la consistance

inégale qu'il présente, dure par places, molle dans d'autres, et au retentissement sur l'état général.

Quant au cancer des ganglions de cette région, il est toujours consécutif à un cancer voisin et de plus il est toujours de consistance dure.

L'adénite tuberculeuse qui a une consistance ferme au début peut finalement se ramollir, et dès lors simuler une grenouillette, mais elle s'en distinguera toujours par la tendance à l'adhérence aux tissus sous-jacents et surtout à la peau qui ne tarde pas à devenir violacée et à s'ulcérer. De plus, il est bien rare que l'adénite tuberculeuse soit absolument localisée à cette région et que les poumons soit indemnes.

Quant aux tumeurs du maxillaire supérieur, elles adhèrent toujours à cet os et ne peuvent être confondues avec la grenouillette.

Les tumeurs demi-solides sont représentées par les lipomes ; tantôt ceux-ci occupent le plancher de la bouche et peuvent, lorsqu'ils sont très volumineux, déterminer une légère voussure de la région sus-hyoïdienne et alors soulever légèrement, lorsqu'ils sont très considérables, le plancher de la bouche. Dans le premier cas le diagnostic s'impose, d'abord, il n'existe pas de tumeur sus-hyoïdienne, et de plus, la coloration jaunâtre du lipome est nettement visible par transparence, sous la muqueuse buccale. Dans le second cas, au contraire, l'erreur est très facile à commettre malgré les trois grands caractères habituels des lipomes : mollesse, lobulation, fausse fluctuation.

Parmi les tumeurs liquides, nous éliminerons tout d'a-

bord les abcès chauds toujours facilement reconnaissables, grâce à leurs signes habituels : rougeur, douleur, chaleur et tuméfaction.

Sans doute, la grenouillette peut suppurer, mais cette supuration, nous l'avons dit, est généralement consécutive à la ponction, et alors les commémoratifs permettront de faire un diagnostic précis.

Les abcès froids sous-maxillaires ont été souvent confondus avec la grenouillette. La confusion n'est guère possible, cependant, car ils sont consécutifs le plus souvent à des adénites tuberculeuses, mais elle est quelquefois difficile à éviter, lorsqu'ils sont dûs à des otites. La recherche attentive d'un point osseux douloureux sera indispensable pour trancher la question. D'ailleurs, l'abcès froid a toujours tendance à ulcérer tôt ou tard les téguments ; donc en cas de doute, l'évolution de la maladie imposera le diagnostic.

Les kystes hydatiques de la région sont souvent pris pour des kystes dermoïdes, rarement pour des grenouillettes car s'ils sont très durs, fluctuants, ils sont en revanche à limites très précises, non réductibles, et ne sont pas précédés de l'apparition d'une tumeur sublinguale. La position de ces kystes donnera un liquide clair comme de l'eau de roche, dans lequel on pourra retrouver au microscope les crochets caractéristiques.

Les kystes sébacés sont rarement très volumineux à cette région, et de plus, ne présentent pas la mollesse et la réductibilité vraie ou fausse, spéciale de la grenouillette.

Enfin le diagnostic différentiel avec les kystes dermoïdes

de la région sus-hyoïdienne est suivant les cas très facile ou très difficile. Lorsque, ce qui est la règle, le kyste dermoïde est médian, il ne peut être confondu avec la grenouillette toujours latérale, mais quelquefois il est latéral et alors le diagnostic est extrêmement délicat, surtout lorsque, comme dans le cas observé chez M. le Professeur Le Dentu (1), le kyste fait à la fois saillie à la région sus-hyoïdienne et sur le plancher de la bouche. Il faudra alors se rappeler que habituellement le kyste dermoïde a une consistance beaucoup plus ferme que la grenouillette, qu'il est moins nettement fluctuant, qu'il conserve surtout l'empreinte du doigt, qu'il adhère au maxillaire inférieur et qu'au niveau de la région sublinguale, la saillie qu'il forme est non pas bleuâtre, mais grisâtre ou jaunâtre.

1. Observation XXV.

PRONOSTIC

La grenouillette sus-hyoïdienne ne peut donner lieu à des symptômes fonctionnels graves (troubles de la mastication, de la déglutition et de la phonation) que lorsqu'elle s'accompagne d'une saillie sublinguale très volumineuse, ce qui est exceptionnel, mais elle donne lieu à une difformité très gênante.

Abandonnée à elle-même, elle ne guérit pas; elle peut se rompre dans la cavité buccale et se vider momentanément, mais elle ne tarde pas à se reproduire.

TRAITEMENT

La grenouillette sus-hyoïdienne récidive très facilement et est très difficile à guérir. De nombreuses méthodes de traitement ont été préconisées à ce sujet. Nous nous contenterons de les passer rapidement en revue, sans insister, car elles sont parfaitement exposées dans les ouvrages récents relatifs à la question, en particulier dans la thèse de M. Spindler (Paris, 1898-99).

Les ponctions simples autrefois préconisées contribuèrent à transformer une grenouillette sublinguale en grenouillette sus-hyoïdienne, en déterminant l'épaississement de la muqueuse buccale, *a fortiori* étaient-elles incapables de guérir les grenouillettes sus-hyoïdiennes. De plus, dans les deux cas, l'infection était à redouter, et presque inévitable.

Les injections iodées prescrites autrefois par Maisonneuve, Jobert et Richard, ont donné de bons résultats dans le cas de grenouillette sublinguale, mais non dans la sus-hyoïdienne. Il en est de même des injections de chlorure de zinc déliquescent prescrites par MM. les professeurs Panas et Le Dentu pour les grenouillettes simples et qui déjà délicates dans ces cas, deviendraient dangereuses tout en restant inefficaces dans le cas de grenouillette sus-hyoïdienne.

L'incision simple par la cavité buccale n'a jamais eu plus de succès que la ponction, car les lèvres de la plaie se réunissent bientôt et permettent à la poche kystique de se remplir rapidement.

En revanche l'incision, suivie de la cautérisation de la poche avec des caustiques paraît avoir donné quelques rares succès. Malheureusement les caustiques prescrits, tels que la pâte de Canquoin (Philippeaux), le vitriol (Dionis) et les acides minéraux (Callisen) étaient bien dangereux à manier, aussi cette méthode a-t-elle été vite abandonnée.

L'excision partielle de la poche par la voie buccale est toujours insuffisante, et comme dans l'incision simple, les lèvres de la plaie ne tardent pas à se réunir quelque précaution qu'on prenne, même si, suivant la méthode autoplastique de Jobert de Lamballe, on suture la paroi kystique à la muqueuse du plancher de la bouche.

Le drainage en séton de la saillie préconisé autrefois par Chassaignac a été également vite délaissé parce qu'il guérissait rarement et exposait la poche à l'infection.

L'incision de la poche par la voie sus-hyoïdienne suivie de drainage a donné quelques succès surtout lorsqu'on a fait en même temps des injections modificatrices, telles que des injections iodées prescrites par Rochet de Lyon(1). Krebel (2) propose d'ouvrir le kyste par la voie buccale et par la voie sus-hyoïdienne, d'en fixer les deux ouver-

1. Boyer. Thèse Lyon 1895.

2. Krebel. *Centralblatt für Chir.*, 1880.

tures, l'une aux lèvres de l'incision faite à la muqueuse, l'autre à la peau, et de drainer ensuite le trajet intermédiaire. Il prétend avoir eu ainsi des guérisons définitives.

Comme le fait remarquer justement M. Morestin, « du moment qu'on fait à la peau une solution de continuité, il n'y a pas de raison pour s'arrêter en chemin, et pour ne pas tenter l'ablation complète de la paroi kystique, quitte à s'arrêter si cette extirpation présente de trop grandes difficultés ». Il sera alors temps de drainer et de traiter la plaie par le tamponnement. Ajoutons que pour faciliter la dissection de la poche si pénible au niveau de la région sublinguale, on pourra, suivant le conseil de M. Félizet, faire une sorte d'hydrotomie du plancher buccal en injectant de l'eau boriquée dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

Ce procédé est encore loin d'être parfait. Pour ne pas craindre la récidive, il faudrait que l'extirpation fut complète au sens propre du mot. Or, il est impossible d'avoir la certitude sur ce point. La dissection de la poche peut être simple et l'opération rapidement menée; mais il n'en est pas toujours ainsi. Comme nous l'avons fait remarquer lors de la description anatomique, les prolongements glandulaires de la glande sublinguale à travers les intestins musculaires sont multiples et leur paroi est mince et difficile à isoler. C'est déjà une difficulté sérieuse.

Il est encore une autre raison, d'ordre esthétique, qui rend ce procédé défectueux; il faut en effet tenir compte que la cicatrice, plus ou moins régulière, plus ou moins déprimée que laisse après elle l'incision des téguments, est située dans une région toujours découverte, et une femme

surtout, pardonnera difficilement au chirurgien de lui avoir causé une cicatrice qu'elle ne peut dissimuler.

Pour obvier à ces inconvénients, M. le professeur Le Dentu, est revenu à la méthode de l'incision par la voie buccale, mais en modifiant la technique de la manière suivante : Le chlorure de zinc déliquescent, trop irritant, est remplacé par la solution de ce sel au 1/10, dont on pratique une injection de 3, 4 ou 5 gouttes dans la tumeur, par la voie buccale. Après quatre jours révolus, on procède à la ponction évacuatrice et au drainage au moyen d'un tube de caoutchouc de petit calibre, plus ou moins long, suivant la profondeur de la cavité. Ce tube porte à une de ses extrémités une collerette dépassant de 3 ou 4 m/m la circonférence du drain, et dont le plan forme un angle d'environ 45° par rapport à son axe.

Le drain placé dans la cavité s'oppose à la réunion des lèvres de la plaie, une des causes de récidence, et de plus permet le lavage et la désinfection.

La collerette sert à maintenir le drain. Elle se trouve en effet maintenue en avant et sur les côtés par l'angle formé par la face postérieure du maxillaire inférieur et le plancher buccal, en arrière par la partie antérieure de la base de la langue ; en bas elle repose sur les bords de l'incision où elle peut être appliquée par la pression de la face inférieure de la langue.

Le plan de collerette est incliné sur l'axe du drain pour cette raison que la région sus-hyoïdienne se trouve située en arrière et en bas de l'incision faite sur le plancher de la bouche.

Grâce à ce dispositif, le drain est assez facilement maintenu et supporté par le malade, pendant des semaines et même des mois, en ayant soin de le raccourcir à mesure que la cavité se comble. La marche à suivre sera donc la suivante :

1° Injection de chlorure de zinc en solution au 1/10.

2° Fonction évacuatrice.

3° Drainage prolongé.

Ce traitement, quoique un peu long, semble présenter des avantages sur les autres mentionnés plus haut, et doit être considéré comme le procédé de choix dans le traitement de la grenouillette sus-hyoïdienne. Il est préconisé par M. le Professeur Le Dentu qui l'a employé avec succès.

OBSERVATION I (Inédite).

(Communiquée par M. Hivet, interne des hôpitaux).

Grenouillette sus-hyoïdienne consécutive à une grenouillette sublinguale opérée à l'hospice d'Ivry par M. le Dr Michaux. Excision partielle de la poche kystique par la voie buccale. Phlegmon sus-hyoïdien consécutif nécessitant une contre-ouverture extérieure. Guérison avec fistule qui ne se ferme qu'au bout d'une année, après deux grattages successifs.

La nommée Marie L..., âgée de 24 ans, examinée au mois de mars 1896, se plaint d'avoir une grosseur dans la bouche.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier à signaler ici.

Comme antécédents personnels, à noter simplement ce fait que la malade est, paraît-il très sujette aux aphtes.

Début. — La malade ne peut préciser d'une façon absolue le

début de son affection, et le fait remonter à cinq ou six mois. A cette époque, elle a commencé à sentir sous la langue et du côté gauche une petite saillie très molle, indolente, de la grosseur d'un petit pois, qui parut d'abord se développer très lentement, et dont, par conséquent, elle ne se préoccupa nullement au début.

Cependant, à la fin de janvier 1896, la tumeur buccale avait atteint les dimensions d'une petite noisette. Jusque-là, elle avait été très molle et indolente ; à partir de ce moment, elle devint plus tendue et sensible, en même temps qu'elle se mit à augmenter rapidement de volume, et c'est pourquoi sur les instances de son patron, la malade se décida à se laisser examiner.

Inspection. — Si l'on fait ouvrir la bouche et relever la langue, on constate que le plancher buccal est soulevé à gauche par une saillie bleuâtre. Cette saillie, de forme ovoïde, à grosse extrémité postérieure, se dirige obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans. Elle mesure environ deux centimètres et demi de longueur, un centimètre et demi de largeur à sa partie la plus reculée et un centimètre à sa partie moyenne. Quant à son extrémité antérieure, elle est effilée et confine à la ligne médiane.

Palpation. — La grosseur est nettement fluctuante, elle n'est pas dure, cependant elle paraît plus tendue que ne le sont habituellement les grenouillettes sublinguales.

Comme il a été dit quelques lignes plus haut, la petite tumeur, sans être douloureuse, est pourtant sensible. La mastication, la déglutition et la phonation ne sont nullement gênées.

A ce moment, la malade se rendit à l'hospice d'Ivry qui se trouvait près de chez elle, à la consultation de M. le Dr Michaux. Le diagnostic de grenouillette sublinguale établi, on

conseilla une opération ; à cette pensée, la malade se décida à attendre encore quelque temps.

La malade est perdue de vue jusqu'au mois de juin. A cette époque, la saillie buccale a les dimensions d'une grosse noix. Elle a toujours sa coloration bleuâtre et sa forme ovoïde, mais elle est plus irrégulière et bosselée, surtout à sa partie postérieure.

A la palpation, on constate, comme autrefois une fluctuation très nette et une certaine rénitence.

A l'état de repos, les arcades dentaires s'écartent sensiblement l'une de l'autre et la salive a grande tendance à s'écouler au dehors. D'autre part, la langue étant refoulée, complètement en haut, en arrière et à droite par la tumeur, ne peut évoluer à son axe, et par suite la mastication, la déglutition et la phonation sont notablement gênées.

Ces différents symptômes finissent par inquiéter sérieusement la patiente qui se décide enfin à entrer en chirurgie ; à l'hospice d'Ivry, à la fin du mois de juin.

M. le Dr Michaux, alors chirurgien de l'hospice, confirme le diagnostic de grenouillette sublinguale, et décide d'opérer la malade le lendemain même de son entrée.

Celle-ci étant anesthésiée par le chloroforme, M. Michaux excise rapidement la plus grande partie de la paroi supérieure de la poche kystique, dont il s'écoule alors un liquide épais, filant et transparent. La cavité anfractueuse qui reste est ensuite soigneusement et prudemment touchée avec un tampon imbibé d'une solution de chlorure de zinc, et tamponnée avec de la gaze stérilisée.

La malade est mise à un régime alimentaire liquide et se gargarise la bouche le plus souvent possible.

Les suites opératoires sont parfaites; la patiente sort au bout de quatre jours, mais revient pendant deux semaines tous les trois jours dans le service pour se faire cautériser les débris de la poche kystique avec une solution de nitrate d'argent à 1/50.

Un mois après l'intervention, la guérison semblait complète, lorsqu'au mois d'octobre, la malade revint de nouveau à la consultation. Depuis cinq ou six semaines, dit-elle, elle croyait sentir sa tumeur revenir. A première vue on eût pu penser que la malade se trompait, car il n'existait pas au niveau de la région sublinguale de saillie bien nette; au contraire, la cicatrice opératoire était plutôt déprimée. Un examen plus minutieux permit de constater que la moitié gauche du plancher buccal bombait d'une façon assez appréciable dans toute son étendue. La palpation enfin ne révélait pas de fluctuation évidente, mais plutôt une sorte d'empâtement profond.

Quant à la région sus-hyoïdienne, elle ne présentait encore rien d'anormal.

Malgré de nombreuses exhortations, la malade refusa de rentrer à l'hospice d'Ivry, sous prétexte qu'elle n'éprouvait alors aucun malaise.

Ce n'est qu'au mois de janvier suivant, c'est-à-dire, trois mois après, qu'un nouvel examen permit de constater que toute la région sublinguale gauche était soulevée par une tumeur beaucoup moins saillante que celle révélée par l'examen précédent du mois de juin, mais aussi beaucoup plus étalée dans le sens antéro-postérieur et dans le sens transversal. De plus, à son niveau, la muqueuse buccale n'avait pas une coloration bleuâtre comme dans la grenouillette sublinguale ordinaire; elle avait conservé sa coloration rouge; peut-être, était-elle un peu plus foncée qu'à l'état normal.

A la palpation, on constatait maintenant au niveau de la tumeur une fluctuation très nette, en même temps qu'un certain degré de tension. La muqueuse buccale qui la recouvrait semblait de plus notablement épaissie.

Mais, ce n'était pas tout ; cette fois, en effet, on remarquait que la région sus-hyoïdienne bombait d'une façon très appréciable du côté gauche, surtout quand la malade fermait la bouche et faisait quelques mouvements de déglutition, ou encore pressait directement avec le doigt sur la tumeur buccale.

La voussure sus-hyoïdienne n'était d'ailleurs pas nettement fluctuante, et la peau qui la recouvrait avait conservé son aspect normal et sa souplesse habituelle.

A partir de ce moment, la saillie buccale resta sensiblement stationnaire, tandis qu'au contraire, la tumeur sus-hyoïdienne augmenta rapidement de volume.

A la fin de mars 1897, elle avait la dimension d'un œuf à grosse extrémité inférieure et à direction un peu oblique de haut en bas et d'avant en arrière.

Ses limites n'étaient pas bien précises. A ce moment la fluctuation était très nette, et se transmettait facilement de la région sublingale à la région sus-hyoïdienne. La muqueuse buccale et la peau qui recouvraient la tumeur conservaient les mêmes caractères. Enfin, à noter, une gêne notable dans les fonctions de mastication, de déglutition et de phonation.

En présence de ces symptômes inquiétants, la malade se rendit à la consultation de l'Hôtel-Dieu, là elle fut admise avec le diagnostic de grenouillette sus-hyoïdienne. Sur les conseils d'une de ses amies, elle n'entra pas à l'Hôtel-Dieu et préféra aller se faire traiter à l'Hôpital International. Là, une opération fut faite dès le lendemain de son entrée. Les détails manquent

pour préciser ce que fut cette intervention, mais il est probable, d'après le traitement qui suivit, qu'elle consista en une excision partielle de la poche kystique par la voie buccale, suivie d'un tamponnement de la cavité profonde qui restait.

Quoiqu'il en soit, la malade sortit au bout de huit jours, ses ressources ne lui permettant pas de séjourner plus longtemps dans le service.

A ce moment elle allait, paraît-il, assez bien, mais au bout de dix jours, malgré les pansements qu'elle venait se faire faire tous les deux jours à l'Hôpital International, et malgré des lavages continuels de la bouche à l'acide borique, elle eut de la fièvre, en même temps qu'apparaissaient tous les symptômes d'un véritable phlegmon sus-hyoïdien; de sorte que deux semaines après sa sortie, la malade dut rentrer dans le service pour subir une nouvelle opération qui, très probablement, consista en une large contre-ouverture de la poche kystique infectée au niveau de la région sus-hyoïdienne.

Cette intervention soulagea très rapidement la patiente, qui, cette fois ne resta que trois jours à l'Hôpital International, mais revint dans la suite pendant longtemps se faire panser trois fois par semaine. Grâce aux précautions antiseptiques qu'elle prit, et à la fréquence des pansements, l'orifice du plancher buccal se ferma assez vite; au bout d'un mois, la cicatrisation était complète de ce côté. Il n'en fut pas de même de la plaie sus-hyoïdienne. Celle-ci, en effet, avait bien de la tendance à se fermer, mais à intervalles plus ou moins éloignés, les liquides septiques s'accumulaient dans la cavité kystique infectée et occasionnaient de la douleur. Il fallut à plusieurs reprises agrandir au bistouri l'ouverture sus-hyoïdienne pour faciliter l'écoulement du pus au dehors.

Ce ne fut qu'au bout de quatre mois que l'on put supprimer le petit drain de caoutchouc jusque-là laissé en permanence dans la plaie. Comme la cavité profonde semblait alors à peu près comblée et qu'il ne restait plus qu'un trajet fistuleux, on essaya de faciliter la fermeture de celui-ci en le grattant avec une curette tranchante après anesthésie locale préalable à la cocaïne.

Cette petite intervention n'eut pas le résultat heureux qu'on en pouvait atteindre, la fistule persista malgré des attouchements fréquents à la teinture d'iode.

Dix mois après l'intervention, le trajet fistuleux n'était pas encore fermé, bien que le suintement fut devenu insignifiant. Un second curettage fut pratiqué après anesthésie locale et cette fois, au bout de un mois 1/2, la plaie sus-hyoïdienne était complètement cicatrisée.

Depuis, la malade va aussi bien que possible elle s'est présentée dans le service de M. le Professeur Le Dentu où il a été constaté au dernier examen que la cicatrice sus-hyoïdienne mesurait environ cinq à six centimètres et avait de la tendance à devenir chéloïdienne.

OBSERVATION II

Grenouillette sub-linguale opérée par excision et cautérisation de la poche. Récidive après trois mois et apparition d'une tumeur sus hyoïdienne communiquant avec la poche sub-linguale. Excision complète de la tumeur kystique par la région sus-hyoïdienne. Guérison. (Soc. de chirurgie, 1881 et th. de Boyer, Lyon 1895).

Lassalle Louise, 7 ans, entre le 2 septembre 1880 à l'hôpital de Sétif. Cette enfant a une bonne santé habituelle. Depuis deux

mois environ ses parents se sont aperçus que l'enfant avait sous la langue une tumeur qui allait tous les jours en augmentant. Cette tumeur, indolente, de la grosseur d'une noix, bilobée, était séparée en deux parties par le frein de la langue. Elle est fluctuante, à parois minces, transparentes, la muqueuse est saine, la glande est repoussée en haut.

Si on place un grain de sel sur le plancher de la bouche, la salive se met à sourdre par les canaux de Warthon.

Diagnostic porté. — Grenouillette développée probablement dans une glande sublinguale.

7 septembre. — Chloroformisation et opération. Un ténaculum est enfoncé dans la tumeur et à l'aide de deux coups de ciseaux, j'excoise la plus grande partie de la paroi supérieure du kyste. Il s'écoule une assez grande quantité d'un liquide jaune filant et visqueux. Le kyste étant débarrassé de ce liquide je fais une forte cautérisation des parois de la poche avec le crayon de nitrate d'argent.

Le lendemain, réaction assez vive ; fièvre légère et tuméfaction de la région sus-hyoïdienne. Lait. Bouillon et gargarisme.

Trois jours après l'opération, l'enfant part à la campagne. La tuméfaction du cou a disparu.

8 jours après la plaie est en voie de cicatrisation.

A la fin de septembre, plaie fermée.

L'enfant revient à la visite en mars 1881, 6 mois après l'opération.

Une tumeur, volumineuse comme une mandarine, siège sous le menton, sur la ligne médiane : elle est indolente; arrondie, peu tendue, avec une vague fluctuation. Si on fait ouvrir la bouche de l'enfant on voit le plancher buccal légèrement sou-

levé par une nouvelle tumeur kystique moins volumineuse que celle qui avait été opérée.

Ce kyste intra-buccal augmente de volume si on comprime la tumeur sus-hyoïdienne, et il est vraisemblable que les deux poches communiquent largement entre elles.

Cette tumeur aurait débuté 3 mois après l'opération, en janvier 1881.

L'enfant entre dans le service le 2 avril 1881, et je décidai l'opération.

Quel procédé suivre ?

Les injections irritantes ont été employées 5 fois, 3 fois par Nélaton 1 fois par Jobert, 1 fois par Dolbeau, 3 fois la simple ponction avec injection fut suivie de succès, mais les malades ont été revus, une fois la poche suppura (Nélaton) une autre fois il y eut fistule (Dolbeau). Chassaignac eut un succès définitif en introduisant un tube à drainage recourbé en anse dans la tumeur extérieure et en faisant chaque jour des injections iodées ; mais après un mois le malade quitta l'hôpital non guéri.

Sachant par ces observations, les difficultés que l'on éprouve à faire sortir par un trocart, le liquide visqueux et filant de ces tumeurs, je résolus de disséquer le kyste et d'en inciser les parois.

Le 8 avril. — Opération sous chloroforme. Incision. Le kyste fait saillie entre les bords de la plaie. Dissection et énucléation d'un kyste sébacé qui creva et laissa écouler un liquide visqueux filant, jaune brun foncé.

La dissection montra que les deux poches communiquaient largement entre elles.

La plaie fut bourrée avec quelques boulettes de charpie trem-

pées dans de l'eau de Pagliari et un bandage simple maintint le pansement.

Le lendemain, un peu de fièvre. Potage et lait.

Le quatrième jour les boulettes de charpie sont enlevées. La fièvre a disparu et la plaie est très belle. Rapprochement des parois à l'aide de quelques bandelettes de diachylon.

Le cinquième jour état général de l'enfant bon. Suppuration est assez abondante.

Elle diminua les jours suivants et le malade sortit le 12 mai sans avoir éprouvé le moindre accident.

Le plancher de la bouche était complètement affaissé : les conduits de Warthon toujours perméables, et il ne restait de cette affection qu'une petite cicatrice linéaire dissimulée sous la saillie du menton.

OBSERVATION III

Grenouillette sus-hyoïdienne consécutive à une grenouillette sublinguale opérée. — Extirpation de la poche par la voie sus-hyoïdienne. — Guérison. — Thèse de Boyer, Lyon 95.

Le nommé B... Jean, 34 ans, est entré à l'hôpital de la Charité le 19 novembre 1895, salle Boyer, n° 3.

En 1894, ce malade constate dans la bouche une grosseur sous la langue du côté gauche. Le 20 septembre 1894, il entre à l'hôpital Saint-Louis. M. L. Championnière fait une incision simple. Le 20 novembre récidive nouvelle incision et cautérisation avec une forte solution de chlorure de zinc. Deux mois après récidive, cette fois à la région sous-maxillaire, la tumeur atteint le volume d'un œuf. B..., entre alors à l'Hôtel-Dieu. M. Polaillon fait une incision sur la tumeur et cautérise avec la

solution de chlorure de zinc. Quinze jours après récidive dans la bouche, nouvelle incision, récidive un mois après la sortie de l'hôpital et cette fois la grenouillette est sous-maxillaire.

Le 15 juillet 1895. — Le malade entre à la Charité : M. Després constate sous l'angle de la mâchoire et s'avancant en avant une tumeur fluctuante grosse comme un petit œuf. Il tenta d'abord un procédé classique : le séton. Il fit passer un séton en anse dans la grenouillette, pendant 5 mois la grenouillette paraissait guérie. Le séton en caoutchouc tomba et on attendit. Un mois après la grenouillette était reparue et elle avait cette fois le volume d'un œuf. M. Després prit alors son parti, celui d'enlever le kyste et la glande sous-maxillaire.

Le 9 janvier. — Le malade était endormi à fond, voici comment il procéda à l'opération : incision de l'angle de la mâchoire à 1 cent. du menton et à 1 travers de doigt du bord maxillaire inférieur, deuxième incision en croissant à la concavité supérieure et circonscrivant les cicatrices des anciennes opérations et allant rejoindre les deux extrémités de la première incision. Section du seaucier, de l'aponévrose et du tissu cicatriciel. Ablation d'un ganglion lymphatique : on tombe sur la poche. Elle est assez facilement disséquée de haut en bas et d'arrière en avant. L'on voit nettement l'hypoglosse, le mylo-hyoïdien, le digastrique et le muscle du pharynx. Le kyste avait disséqué toutes ces parties. Le kyste est alors disséqué d'arrière en avant et l'on arrive sur la glande sous-maxillaire qui est disséquée, non sans ouverture de l'artère faciale qui est immédiatement liée. Ceci fait, il fallut disséquer le kyste de la trachée et de la gaine des vaisseaux. Mais en détachant le kyste de la trachée, il y eut des veines du plexus hyoïdien en bas ouvertes ; un léger sifflement indiquant l'entrée de l'air dans les veines, une ligature fut

immédiatement placée sur la veine et tout rentra dans l'ordre. Un drain fut placé jusque dans le fond de la plaie et une suture profonde (5 points) réunit la plaie qui fut pansée avec une compresse d'eau et d'alcool camphrée et un cataplasme de farine de lin par dessus. L'opération dura environ 12 minutes.

Les suites de l'opération furent simples, à part un érysipèle circonscrit de la face qui dura 4 jours. Le 8^e jour la température du malade était normale, 37° le matin et 37°2 le soir. Le drain fut enlevé le 8^e jour. La ligature de la faciale tomba le 12^e jour, le 17^e la ligature de la veine tomba et le 18^e, la plaie était refermée.

Une particularité doit être signalée, le malade qui était un peu nerveux et avait été difficile à endormir, lorsqu'il cessa, d'être sous l'influence du chloroforme se réveilla aphone. M. Desprès pensa de suite à une lésion du nerf récurrent gauche mais pendant l'opération il ne l'avait ni vu, ni touché. On eut le secret de cet accident en consultant les antécédents du malade.

Ce malade avait eu pendant son service militaire des bronchites à répétition et avait eu une extinction de voix complète qui avait duré 18 mois. Et pendant la période de 28 jours, après son service militaire, il avait été réformé comme tuberculeux. L'évènement a prouvé que l'extinction de voix était bien liée à la constitution du malade, car la voix est revenue au mois de mars dernier. Il est bon d'ajouter que l'examen laryngoscopique fait au mois de février montrait que les cordes vocales étaient saines et non paralysées, et qu'il y avait seulement des rougeurs et quelques granulations sur la muqueuse du larynx.

L'examen de la pièce montra que la grenouillette était d'origine glandulaire.

OBSERVATION IV

Grenouillette sus-hyoïdienne. Extirpation à peu près complète de la poche à la fois par la voie buccale et par la voie sus-hyoïdienne. Drainage. Guérison. (Th. Charvillat, Paris, 1895).

Scherer Nicolas, 14 ans et 1/2, entre le 11 octobre 1897, salle Dolbeau, il présente dans la région sublinguale une tumeur grosse comme une noix, dépassant la ligne médiane, elle envahit le côté droit du plancher de la bouche jusqu'au bord du maxillaire, effaçant ainsi le sillon qui sépare le plancher buccal de cet os.

La langue est soulevée et l'élocution est tout à fait défectueuse.

La déglutition est bonne mais l'enfant présente sur le bord gauche de la langue, des érosions dues à ce qu'il se mord en mangeant. Dans la région sus-hyoïdienne, la tumeur fait saillie et se montre avec les apparences d'un gros œuf de pigeon sur la ligne médiane. Le doigt posé sur la tumeur buccale sent la fluctuation qu'imprime un doigt appuyant de bas en haut dans la région sus hyoïdienne. M. Felizet diagnostique : Grenouillette sublinguale avec prolongement sus-hyoïdien. A son idée, le liquide contenu dans cette poche double n'est pas inférieur comme quantité à 60 centimètres cubes.

Antisepsie de la bouche et des dents.

Le 13 octobre opération en 2 temps. Dans le 1^{er} temps M. Felizet énuclée la majeure partie de la tumeur buccale par son pro-

cédé ordinaire. Après en avoir avec des ciseaux réséqué la plus grande partie possible, il attaque le restant de la poche par la région sus-hyoïdienne.

Une incision antéro-postérieure de cette région, faite sur une sonde cannelée introduite par la plaie buccale fait rencontrer la poche qui n'a pas été préalablement bourrée par l'ouverture buccale. Quand la poche est mise à nu sur une surface d'environ 2 francs elle est ouverte entre deux pinces, bourrée d'éponges et la dissection se fait. La communication de la poche buccale et sus-hyoïdienne admet facilement l'index. Il est très difficile d'affirmer que la dissection a été complète car il n'y a plus de limites précises de cette poche dont une partie a été enlevée dans le premier temps. Aussi comme il est impossible de prétendre, dans ce cas qu'il ne reste pas une collerette de tissu de la Grenouillette au-dessous du collet de communication on ne referme pas immédiatement la plaie.

Un drain fait communiquer ce foyer à la bouche avec la poche sus-hyoïdienne. Pansement à la gaze salolée.

14 octobre. — Grog. Thé au rhum. Gargarismes boriqués, le pansement souillé de salive est refait après un lavage de la poche avec une solution de chloral à 1/100.

15-16 octobre. — Même pansement.

17 octobre. — Le drain est enlevé.

Les 3-4 jours suivants, il s'écoule encore un peu de salive par la plaie sus-hyoïdienne, lavages chloralés.

23 octobre 1897. — La plaie cessa de laisser couler de la salive.

Les suites furent très bonnes. Il ne se produisit pas de fistule salivaire.

30 octobre 1898. — Environ 1 an après l'opération, nous allons trouver l'opéré chez ses parents. Nous constatons l'excellence

du résultat. Pas de récidence. Une partie de la muqueuse un peu plus blanchâtre qu'ailleurs seule rappelle l'opération.

OBSERVATION V

(Thèse de Boyer, Lyon 1895).

Grenouillette sushyoïdienne. Résection partielle de la poche, récidence. Traitement par les injections iodées. Guérison.

X..., 28 ans, antécédents bons.

Une grenouillette sublinguale du côté gauche avait été ouverte, évacuée et cautérisée au nitrate d'argent. La tumeur avait reparu, empiétant à gauche du frein de la langue et paraissant plus volumineuse que la première fois. Le malade ne voulut pas subir d'autre opération qu'une incision et il partit en voyage.

Quatre mois après, réapparition de la tumeur dans la région sus-hyoïdienne latérale, celle-ci augmente rapidement et fait une saillie du volume d'une mandarine dans la région sous-maxillaire.

Anesthésie. — Incision longue cinq centimètres dans la région sus-hyoïdienne. Les difficultés de la dissection furent considérables. La paroi de la poche, mince semblait s'étendre profondément vers le haut de la langue et se déchira à plusieurs reprises.

On en réséqua le plus possible et on draina. Tout se passa bien sans grande réaction inflammatoire. La cicatrisation était presque faite quand un jour (3 semaines après l'opération) une nouvelle grosseur apparut sous la langue à droite, cette fois. La pression ne put les faire évacuer par le drain ; on évacua ce kyste au moyen d'un canule et on fit une injection à la teintu-

re d'iode pure qui distendit la nouvelle poche et dessina même nettement sous la langue et sous le plancher de nouvelles tumeurs, ce qui confirma l'hypothèse de prolongements multiples et très irréguliers, non oblitérés, du kyste primitif.

Cette injection de teinture d'iode poussée avec une certaine force et qu'on laissa ressortir par la canule détermina une douleur intense et presque une syncope chez le malade qu'on pansait assis. L'iode avait probablement brûlé le nerf lingual car les douleurs remontaient dans la partie profonde de la langue, s'irradiaient dans les parties latérales du larynx, jusqu'à la base du crâne. Quelques heures après, le cou était devenu énorme et le malade éprouvait une gêne respiratoire telle qu'on craignait un instant un œdème de la glotte : les douleurs et la réaction inflammatoire durèrent, plus atténuées, cependant, pendant plusieurs jours.

Au bout de 5 à 6 jours, on s'aperçut que la muqueuse du plancher sublingual et de la face inférieure de la pointe de la langue était sphacélée ; l'iode avait détruit en entier les parois de la tumeur, y compris la muqueuse qui la recouvrait extérieurement. La bouche fut lavée avec des solutions antiseptiques.

Quand le plancher de la bouche fut réparé, on enleva le drain et on laissa la cicatrisation se faire librement.

Pendant quelques mois, la langue un peu collée au plancher de la bouche par la cicatrisation de ce dernier était gênée par les mouvements de déglutition et de phonation, mais peu à peu elle récupéra sa souplesse.

Il n'y eut pas de récédive. Le résultat paraît excellent.

OBSERVATION VII

(Thèse Royer, Lyon 1895).

Grenouillette sus-hyoïdienne traitée par le drainage et les injections iodées. Guérison.

X..., 35 ans, entre à l'hôpital pour une grosseur qui siège sous le maxillaire inférieur et qui date de 2 mois.

Cependant auparavant, X... sentait déjà une petite tumeur à ce niveau.

Si l'on examine la région sous-maxillaire latérale, on voit les téguments distendus par une tumeur du volume d'un œuf de pigeon.

Peau saine et mobile. Tumeur fluctuante. Aucune saillie anormale dans la bouche, ni de grenouillette sublinguale.

La ponction de la tumeur de la région sus-hyoïdienne latérale donne issue à un liquide citrin, sirupeux.

Anesthésie locale et incision de la région sous-maxillaire en cherchant à découvrir la paroi profane de la poche. Le contenu fut évacué et on introduisit un drain que l'on fixa par un point de suture, puis la canule d'un trocart de Dieulafoy fut introduite dans le drain. Injection d'environ 10 grammes de teinture d'iode. Pansement. Douleur vive produite par le gonflement de la poche suivie de réaction inflammatoire avec irradiations douloureuses dans la langue et le cou.

Les jours suivants léger gonflement de la région sus-hyoïdienne latérale qui est douloureuse à la pression.

Pas de suppuration, mais la poche reste enflammée pendant une quinzaine de jours. Au bout de ce temps, le drain est enlevé et les tissus commencent à s'assouplir. L'orifice du drain se

ferme rapidement. Le malade revu 10 mois après ne présentait aucune trace de récurrence, ni même d'induration.

OBSERVATION VI

(Th. de Boyer, Lyon, 1895).

Grenouillette sus-hyoïdienne traitée par l'incision, le drainage et les injections iodées, guérison.

Petite fille de 12 ans. Porte depuis quelques mois une grosseur sus-hyoïdienne du volume d'une noix.

Rien de notable du côté du plancher de la bouche.

La pression sur la tumeur sous-maxillaire fait saillir le plancher buccal et on sent que la poche vient jusqu'à sous le plancher.

Anesthésie. Incision, puis dissection du plan jusqu'à la poche. Celle-ci est ensuite ponctionnée, évacuée et drainée.

Injection par ce drain de teinture d'iode pure. La poche se distend sous l'injection. On fait un pansement approprié. Réaction inflammatoire modérée le jour suivant sans symptôme du côté de la respiration ni de la déglutition :

Le drain est retiré au bout de la semaine. Lavage antiseptique dans l'intervalle.

Actuellement, 6 ans après l'opération, il n'y a aucune trace de récurrence.

OBSERVATION VIII

Louis. Mém. de l'Acad. de Chir., t. I, p. 361.

Grenouillette vulgaire, accompagnée d'une autre tumeur du volume d'un petit œuf, placé extérieurement sous le menton, vers l'angle de la mâchoire, celle-ci présentait une fluctuation sensible et était bien distincte de la tumeur sublinguale.

L'incision de la grenouillette vulgaire fit en même temps disparaître la tumeur extérieure.

OBSERVATION IX

Grenouillette sus-hyoïdienne du côté gauche. Delens (Revue de Chirurgie, 1881, p. 209).

Françoise M..., âgée de 40 ans. A été atteinte il y a 4 mois d'un érysipèle de la face, et six semaines après a constaté pour la première fois l'existence d'une petite tumeur sous la langue en même temps que d'une tuméfaction au-dessous de la base de la mâchoire du côté gauche.

La tumeur sublinguale avait le volume d'une amande, une teinte bleuâtre, et ne causait qu'une gêne médiocre. La tumeur sous-maxillaire ne dépassait pas le volume d'une noix et était molle et mal limitée.

A chaque époque menstruelle, la malade remarquait une augmentation de volume de la tumeur sublinguale. En outre, elle avait la bouche très sèche, la salive lui manquait souvent, et elle était obligée de boire plus fréquemment.

Ponction de la tumeur sublinguale amenant l'évacuation d'un liquide bleuâtre non visqueux, et l'affaissement des deux tumeurs. Pas d'injection ; le liquide se reproduit.

A sa rentrée dans le service on constate à la région sus-hyoïdienne gauche une tumeur du volume d'une demi orange, sans limites précises, fluctuante, mais très molle.

Elle n'est pas douloureuse et la peau ne présente pas de changement de coloration.

Du côté de la cavité buccale, nous trouvons la muqueuse soulevée de chaque côté du frein de la langue, mais surtout à gauche par du liquide ; cependant la fluctuation ne peut pas être nettement perçue du plancher buccal à la région sus-hyoïdienne ; sans doute par suite de la grande mollesse de la poche extérieure.

Une ponction faite avec un trocart ne détermine l'écoulement d'aucun liquide.

En agrandissant avec des ciseaux on donne issue à un liquide visqueux et transparent. La poche sus-hyoïdienne se vide complètement.

Suppuration, puis guérison ; il ne reste qu'une induration légère sous l'angle de la mâchoire.

OBSERVATION X

Grenouillette sus-hyoïdienne du côté droit.
(Delens, Revue de chir., 1881).

Claire Gr..., 30 ans ; fait remonter environ à 10 mois le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital. Il lui semblait que par instant il s'écoulait un liquide sous la langue. Cependant à cette

époque, elle n'a pas constaté de tumeur sous le plancher de la bouche.

Mais au début de sa dernière grossesse elle a remarqué, à la région sous-maxillaire droite une petite tumeur appréciable extérieurement, molle, superficielle, incolore, du volume d'une noisette.

A mesure que cette tumeur se développait extérieurement, une saillie se montrait sur le plancher buccal, gênant les mouvements de la langue. Un jour elle se creva pendant le repas, et le liquide qui s'écoula était filant, incolore et sale : En même temps la tumeur sous-maxillaire disparaissait momentanément pour se développer de nouveau bientôt après.

A son entrée à l'hôpital elle a la forme et le volume d'un gros œuf de dinde dont la petite extrémité est en bas et dont la grosse extrémité un peu étalée, répond à la base du maxillaire inférieur du côté droit. Elle dépasse même en arrière l'angle de cet os.

En bas la tumeur descend à deux travers de doigt de l'insertion sternale du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Les deux conduits de Wharton sont apparents et leur orifice est libre. La salive afflue abondamment des deux côtés, lorsqu'on dépose un peu de sel sur la langue.

Le 22 septembre. — On fait une ponction avec un trocart à hydrocèle ; il s'écarte alors un liquide filant, visqueux, légèrement rougeâtre. Des lavages abondants sont faits avec de l'eau tiède dans la poche et suivis d'une injection iodée.

Réaction très vive les trois ou quatre jours qui suivent la ponction. Finalement guérison définitive.

OBSERVATION XI

Grenouillette sublinguale et hyoïdienne. Gillette.
(Th. de Charvillat. Paris, 1895).

Homme de 72 ans, bien portant, porteur d'une tumeur sublinguale depuis 18 ans au moins; aucun phénomène inflammatoire. Dans le larynx elle faisait une saillie analogue à celle d'une pomme d'api, fluctuation et sensation pâteuse. Passage d'un gros drain du cou à la bouche. Après l'ouverture faite dans le segment sublingual il sort une quantité considérable d'une matière analogue absolument au mastic de vitrier. On enlève toute cette substance avec une grosse curette plongée dans la poche à diverses reprises. A la suite de l'opération il n'y eut aucun accident, aucune réaction inflammatoire, mais quand le malade est sorti, au mois de décembre, la tumeur sublinguale semblait s'être reproduite en partie.

OBSERVATION XII

Grenouillette sus-hyoïdienne. (Dieu. Bull. soc. de chir. de Paris, 1881).

Fillette de 17 ans, entre à l'hôpital de Sétif pour une tumeur située sous la langue, depuis 2 mois. Fluctuation, parois minces et transparentes. Diagnostic, grenouillette. Incision.

6 mois après l'enfant revient avec une tumeur siégeant sous le menton, indolente, peu tendue. Nouvelle tumeur kystique également sous la langue. Les 2 tumeurs communiquent com-

me on peut s'en assurer par la compression de l'une. Dissection de la poche sus-hyoïdienne. Les parois du kyste s'engageaient dans une boutonnière assez large, formée par les muscles génio-hyoïdien et génio-glosses. On les excise à l'aide de quelques coups de bistouri. Il fut aisé de voir que le kyste sus-hyoïdien communiquait largement avec le kyste sublingual, par une ouverture à peu près semblable à la glotte, les lèvres de cette ouverture étant représentées par les muscles génio-hyoïdiens et génio-glosses. Guérison.

OBSERVATION XIV

Engorgement des glandes sublinguale et sous-maxillaire. Grenouillette (Gaz. hebdomadaire 1856 et Th. Fassenot, Strasbourg 1855).

Jeun Turc porteur d'une grenouillette sublinguale volumineuse dont l'excision fut pratiquée : il y eut guérison apparente mais bientôt la tumeur se reproduisit dans la région sous maxillaire où elle devint volumineuse.

Elle se prolongeait en arrière jusqu'au-dessous du lobulé de l'oreille. Au début, le jeune homme pouvait en comprimant la tumeur extérieure, en vider le contenu dans la bouche par un orifice étroit.

Le liquide obtenu par la ponction était albumineux.

OBSERVATION XV

Grenouillette sus-hyoïdienne. Ponction et injection iodée (Leflaive : De la grenouillette et de son traitement. Paris 1892).

Homme de 47 ans, a vu se développer, il y a 18 mois une tumeur sublinguale qui faisait une légère saillie dans la région sus-hyoïdienne. Malgré une première ponction, elle se reproduisit ce qui nécessita l'excision. La récurrence ne fut pas empêchée. La tumeur proémine presque uniquement à la région sus-hyoïdienne. Elle est molle, fluctuante, du volume d'un œuf de dinde, régulière, plus saillante à gauche qu'à droite, indolente ; elle n'occasionne aucun trouble fonctionnel.

Au-dessous de la langue, le plancher de la bouche est tendu, résistant, ayant un peu l'apparence d'un tissu cicatriciel.

A gauche, existe une petite tumeur du volume d'une aveline recouverte d'une muqueuse inégale et rugueuse.

Une ponction donne issue à 120 grammes d'un liquide rougeâtre, visqueux, albumineux. Injection iodée. Guérison.

OBSERVATION XVI

Grenouillette sublinguale coïncidant avec un kyste séreux sus-hyoïdien. — Thèse Spindler, Paris, 98-99.

Il s'agit d'un homme de 26 ans, entré à l'hôpital Cochin pour une tumeur siégeant sous la mâchoire inférieure du côté droit. Dans la région occupée par la glande sous-maxillaire se trouve une tumeur assez saillante se prolongeant en bas à 3 travers de doigts au-dessous du maxillaire fluctuante, sans changement de

couleur de la peau, laquelle est mobile à la surface de la tumeur. En examinant si la tumeur fait saillie du côté de la bouche, on trouve le plancher buccal soulevé sur les parties latérales de la langue et avec lui la glande sublinguale. Il existe en ce point une grenouillette avec tous ses caractères. Malgré des recherches minutieuses, il est impossible d'affirmer qu'il existe une communication réelle de l'une à l'autre poche. La pression exercée sur la tumeur sublinguale tend la tumeur sous-maxillaire et *vice versa*. Mais cette tension n'est peut être pas le fait de la pression exercée sur le plancher buccal.

Cependant comme cette grenouillette est une récidive M. Lefort croit à une connexité directe des deux tumeurs et à la nature salivaire de l'une et de l'autre. Aussi espérant vider l'une par l'autre il attaque la poche sublinguale par dissection et injection de teinture d'iode. Toutes les pressions exercées sur la tumeur sous-maxillaire n'y firent rien, évidemment et il n'y avait aucune communication. La tumeur sous-maxillaire fut quelque temps après ponctionnée il s'en écoula un liquide citrin, mais limpide comme de l'eau ; une injection termina l'opération et la tumeur ne se reproduisit pas.

OBSERVATION XVII

Forme insolite de grenouillette sublinguale et sus-tyoïdienne.
(Gosselin) Spindler. Thèse Paris, 1898-1899).

Il s'agit d'une jeune femme qui porte une petite tumeur sublinguale reposant sur le plancher buccal et continuée par une poche transparente à travers laquelle on devine la présence d'un liquide. La tumeur est indolente, molle et un peu fluctuante.

Le début remonte à 2 ou 3 ans. Mais le volume varie assez fréquemment parce que de temps en temps la poche s'ouvre et laisse couler une substance épaisse et visqueuse comme du blanc d'œuf et parfois colorée en rouge par le mélange de quelques gouttes de sang. La malade a remarqué que cela se vidait surtout pendant les repas, sous l'influence des mouvements de mastication.

Cette tumeur ne peut être qu'une grenouillette ; outre la tumeur sublinguale, nous trouvons une autre tumeur sous-maxillaire, sus-hyoïdienne. Dans cette région on trouve un gonflement très notable avec tumeur arrondie, consécutive à la première, qui a surtout augmenté en un mois. Elle est indolente, fluctuante mais incomplètement.

Il s'agit d'un kyste. Est-ce une coïncidence ou bien cette tumeur ne fait-elle qu'un avec la grenouillette sublinguale. En recherchant si la fluctuation se transmet de la région buccale à la région sus-hyoïdienne, on a cette sensation, mais peut-être s'agit-il seulement d'un déplacement de la tumeur sur les muscles mylo-hyoïdiens intermédiaires.

OBSERVATION XVIII

Grenouillette sublinguale correspondant avec un kyste séreux sus-hyoïdien. (Gosselin. Bull. de la Soc. de Chirurgie et th. Cadiot. Paris, 1879)

Il s'agit d'un homme de 29 ans entré dans le service de M. Gosselin. Il y a 3 ans qu'il est atteint de l'affection pour laquelle il entre à l'hôpital et qui a consisté dès le début en une tuméfaction de la région sus-hyoïdienne ; à aucun moment

il n'a remarqué de tumeur sous la langue. Une première ponction de la poche, non suivie d'injection, ne l'a pas empêché de se remplir de nouveau. Le malade affirme qu'à certaines époques elle aurait totalement disparu pour reparaitre ensuite.

La tumeur actuelle est régulière, arrondie, limitée en avant et latéralement par le bord inférieur du maxillaire et se perdant en arrière au-devant du larynx. Son volume est celui d'une moitié d'orange; aucune altération de la plaie, la tumeur est très molle, fluctuante sur le plancher buccal pas de tumeur saillante, mais la muqueuse est un peu tendue. On n'y perçoit pas de fluctuation lorsqu'on prend la tumeur extérieure. Mais on sent derrière la symphyse du menton une seconde tumeur, grosse comme une noix, tendue, rénitente. Si l'on presse un peu fortement cette tumeur elle se vide et le liquide qu'elle renferme vient proéminer sous la muqueuse buccale qu'elle soulève. Aucun signe fonctionnel.

Une ponction faite par la région sus-hyoïdienne fait sortir un liquide jaune tenant en suspension des grains à reflet métallique qu'on reconnaît être des grains de cholestérine. On y constate en outre des globules muqueux assez nombreux et hérissés de prolongements cylindriques remarquables.

Lavages à l'eau tiède, ensuite injection iodée et compression. Peu à peu la tumeur située derrière la symphyse disparaît graduellement.

OBSERVATION XIX

Grenouillette sus hyoïdienne très volumineuse.

(Thèse de Bimbard, Paris 1853.

Homme atteint d'une grenouillette vulgaire qui récidive plusieurs fois. A un moment donné la tumeur se développe à la région sus-hyoïdienne, et s'étend depuis la base de la mâchoire jusqu'à la clavicule. Une simple injection iodée suffit pour amener la guérison.

OBSERVATION XX (résumée).

Thèse de Brinbard, 1853.

Malade 26 ans. Début par une grenouillette sublinguale. Tumeur faisant saillie à la fois dans la bouche et à la région sous-maxillaire.

Ponction et injection iodée. Guérison.

OBSERVATION XXI (résumée).

Grenouillette sus-hyoïdienne.

(Delens, Revue de Chirurgie, 1881).

Etudiant en médecine, 25 ans. Atteint de tumeur sus-hyoïdienne.

Début par une grenouillette sublinguale, puis tumeur hyoïdienne.

OBSERVATION XXII (résumée).

**Grenouillette sus-hyoïdienne du côté gauche.
Drainage et injections iodées (Delens, loc. cit.).**

Femme, 26 ans, atteinte de grenouillette sublinguale excisée partiellement par Malgaigne.

Guérison apparente pendant un an, puis survient une grenouillette sus-hyoïdienne volumineuse.

Ponction pratiquée par Chassaignac, un drain en anse est placé et tous les jours on pratique une injection de teinture d'iode.

Il persiste une petite tumeur augmentant de volume au moment des règles.

OBSERVATION XXIII (Résumée).

Thèse de Charvillat. Paris, 95.

Louis V.... 32 ans, se présente à l'hôpital St-Louis.

Il y à 3 mois il s'est aperçu qu'il avait une tuméfaction dans la région sous-maxillaire, un jour elle aurait diminué spontanément.

A l'examen le plancher de la bouche présente du gonflement tumeur sus-hyoïdienne molle fluctuante.

Le malade est sorti sans opération.

OBSERVATION XXIV (Résumée)

Thèse Charvillat. Paris, 95.

Alexandre R.... 27 ans, entré à l'hôpital Tenon.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

S'aperçut, il y a 5 ans, de la présence d'une tumeur du volume d'une pomme à la face inférieure de la langue. — Pas de symptômes fonctionnels.

Entré à l'hôpital militaire du Mans où il est opéré par la méthode du séton.

Le malade enlève le drain, la tumeur réapparaît 30 jours après sa sortie, symptôme grave d'asphyxie, admis d'urgence à l'hôpital militaire où il est opéré de nouveau. Le drain reste en place pendant un mois. Aussitôt enlevé, la tumeur se reforme. 3^e opération suivie d'injection de teinture d'iode.

Il y a 2 ans apparition de grenouillette sus-hyoïdienne. Ponctionnée avec l'aspirateur Potain.

OBSERVATION XXV

— Kyste dermoïde latéral du plancher de la bouche pris pour une grenouillette sus-hyoïdienne (1). (Bull. Soc. Anat. octobre 1898).

D. P..., 23 ans, entre le 14 septembre 1898 à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, 42. Il vient d'être libéré prématurément du

1. Observation publiée par M. Morestin dans le *Bulletin de la Soc. anat.* (oct. 98), recueillie dans le service du professeur Le Dentu.

service militaire à cause de l'affection dont il est atteint. Il y a un an à peu près qu'il en a constaté le début sous forme d'une grosseur soulevant la langue. Un peu plus tard, une autre saillie s'est montrée sous la mâchoire. Il était alors en garnison à Compiègne. Le major de son régiment lui fit successivement deux incisions l'une par la bouche, l'autre par la région sus-hyoïdienne. N'ayant point guéri, malgré cette double intervention, D... fut réformé. Croyant sa maladie incurable, il était rentré dans son village et y menait une existence fort chagrine, quand sur le conseil d'un médecin éclairé, il vint ici se faire opérer. D... est un homme grand et robuste. Cependant il porte au cou la cicatrice d'un abcès survenu dans l'enfance.

La manière dont se serait comporté cet abcès fait supposer qu'il s'agissait d'une adénopathie bacillaire. Il s'était formé avec lenteur, il était resté indolent pendant toute la durée de son évolution et il a mis un an à guérir.

La région sous-maxillaire gauche est considérablement déformée par une tumeur qui occupe cette région tout entière, s'étendant depuis la mâchoire jusqu'à l'os hyoïde et à la ligne médiane et d'autre part depuis le voisinage du menton jusque derrière l'angle de la mâchoire, au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Cette tumeur est du volume d'une mandarine.

A sa surface la peau présente une cicatrice étoilée, irrégulière qui est la trace de l'opération pratiquée à Compiègne. Un peu plus haut et en arrière, aux limites de la région carotidienne et de la région parotidienne, on voit la cicatrice de l'abcès dont le malade a été atteint dans la première jeunesse. Partout ailleurs la peau est souple et lisse. Simplement soulevée, non distendue par la tumeur, elle présente sa coloration et sa mobilité habituelles. En palpant la région sous-maxillaire, on est

immédiatement frappé par la sensation d'extrême mollesse que l'on perçoit.

Le contenu de la tumeur paraît évidemment liquide et fait sous la moindre pression des doigts.

Il semble que ce liquide soit contenu dans une poche peu tendue, qui s'étale et s'efface. Si l'on n'y prenait garde, on pourrait même croire que la masse se réduit. Cette consistance est partout uniforme. Du côté de la bouche, on voit la langue refoulée en arrière et à droite par une masse volumineuse qui émerge du plancher buccal, en soulevant la muqueuse. La langue est comme tordue sur elle-même et sa force dorsale est tournée à droite. La pointe se trouve au niveau de la première grosse molaire. La tumeur qui fait saillie dans la bouche est grosse comme un œuf et s'étend en avant jusqu'aux incisives en arrière jusqu'au pilier antérieur du voile. La muqueuse soulevée a conservé à peu près sa coloration normale. Elle présente une cicatrice transversale due à l'intervention pratiquée par la bouche il y a 5 mois, et dont l'insuccès avait déterminé le médecin traitant à inciser sous la mâchoire.

La langue est refoulée, mais non immobilisée. Elle exécute tous ses mouvements, mais d'une manière anormale, en s'adaptant aux conditions que lui crée la présence dans la bouche de cette masse considérable. Elle peut être portée au delà des incisives et sa pointe faire saillie hors de la bouche. L'organe est alors contourné en arc de cercle et son extrémité libre se dirige vers la gauche.

La tumeur intra-buccale, comme celle qui occupe la région sous-maxillaire, paraît au premier abord réductible à la pression. Ce n'est toutefois qu'une apparence. En réalité il n'y a pas réduction, mais étalement et refoulement. Quand on appuie sur

la tumeur intra-buccale on voit la tumeur sous-maxillaire se gonfler et se tendre. La réciproque est vraie, et par la pression sur la saillie sous-maxillaire on voit la masse intra-buccale augmenter de volume. Cependant la fluctuation ne se transmet pas avec netteté d'une poche à l'autre. La mastication est un peu gênée. La voix est sourde et l'articulation des linguales défectueuse. Le malade n'éprouve jamais aucune douleur. Les orifices des deux canaux de Warthon sont visibles avec netteté. Ils laissent écouler de la salive en abondance, quand on frotte doucement la muqueuse aux environs avec un petit tampon. On peut sans difficulté en faire le cathérisme avec un crin de Florence.

Je pensai qu'il s'agissait d'une grenouillette sus-hyoïdienne, tout en faisant des réserves pour un kyste dermoïde. J'étais prévenu que le diagnostic est parfois malaisé entre ces deux affections, ayant lu au moment où j'écrivais l'article du *Traité de Le Dentu et Delbet*, une série d'observations où l'on était tombé dans l'erreur qui consiste à prendre un kyste dermoïde pour une grenouillette.

Ces confusions devenues exceptionnelles pour les kystes médians qui sont relativement fréquents et mieux connus, sont au contraire très difficiles à éviter quand il s'agit de kystes latéraux.

Cependant en tenant compte de la mollesse extrême de la tumeur je pensais qu'il s'agissait probablement d'une grenouillette, car la consistance des tumeurs dermoïdes est habituellement plus ferme. En outre ces dernières paraissent ordinairement bien limitées, arrondies. Ici, la poche mal tendue, n'offrait à la palpation que des limites indécises. Enfin deux cir-

constances plaident en faveur du diagnostic grenouillette sus-hyoïdienne.

D'après ce que nous avait raconté le malade il y avait eu deux temps dans l'évolution de sa maladie, une période où la tumeur aurait fait saillie exclusivement dans la bouche, puis une autre où elle se serait montrée à la région sous-maxillaire. C'est précisément là la marche pour ainsi dire constante des grenouillettes sus-hyoïdiennes, dont l'apparition est, dans l'immense majorité des cas, postérieure à la constatation d'une grenouillette sublinguale. D'autre part, le traitement mis en œuvre antérieurement me confirmait encore dans cette opinion, car s'il a été souvent employé et préconisé pour les grenouillettes où d'ailleurs son insuccès est fréquent, on a toujours pensé qu'il était insuffisant et illogique pour les kystes dermoïdes.

Pour ces diverses raisons, je crus donc qu'il s'agissait très probablement d'une grenouillette, et je me félicitai d'avoir enfin l'occasion de vérifier l'opinion que j'avais émise sur la pathologie de la grenouillette sus-hyoïdienne. L'opération m'apporte à cet égard une désillusion en me montrant qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde.

Cette intervention fut pratiquée le 16 septembre, par la voie sus-hyoïdienne.

On discute parfois sur la manière d'aborder les kystes dermoïdes ou salivaires du plancher de la bouche. Dans le cas particulier on ne pouvait hésiter à choisir la voie cutanée. Seule elle pouvait donner les commodités nécessaires pour mener à bien l'extirpation d'une tumeur aussi étendue, tumeur dont le traitement antérieur avait eu pour unique bénéfice de rendre les adhérences un peu plus intimes aux tissus voisins. Puis une cicatrice existait déjà, vestige disgracieux d'une des

précédentes interventions. Emporter cette cicatrice irrégulière et large, pour la remplacer par une autre linéaire, invisible, c'était une indication qui à défaut d'autre aurait suffi à justifier l'incision sus-hyoïdienne. Ayant donc excisé en premier lieu une languette tégumentaire losangique comprenant la cicatrice, je procédai à une dissection minutieuse et patiente pour bien reconnaître les connexions de la tumeur avec les organes voisins.

Le peaucier traversé, je pince et sectionne la faciale et la sous-mentale. La glande sous-maxillaire est intacte, refoulée en arrière et en bas par la tumeur.

Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont appliqués en chapelet à la partie supérieure et externe de la poche. Celle-ci est recouverte dans ses deux tiers antérieurs par le mylo-hyoïdien dont les fibres sont étalées à sa surface. La tumeur mise à nu et disséquée est bien limitée, d'aspect jaunâtre. Sa paroi, assez résistante, se laisse sans grande difficulté séparer des tissus environnants, contrairement à ce qu'on aurait pu attendre, après les traitements antérieurement subis.

Elle se montre comme une masse sphérique occupant tout l'espace compris dans l'écartement des ventres du digastrique. Elle est ponctionnée alors avec une pipette et l'aspiration fait remonter dans celle-ci un liquide clair et des filaments d'un blanc jaunâtre étirés en vermicelle. Je mets une pince sur l'ouverture et continue la libération du kyste, dont l'isolement est bien plus laborieux quand nous approchons de la muqueuse buccale.

Pour faciliter son extraction je l'ouvre et le vide. Je soupçonnais très fortement depuis quelques minutes sa matière dermoïde. Mais maintenant le doute n'est plus permis. Il sort

de la poche une grande quantité d'une sorte de pommade ou de beurre jaunâtre, dans lequel on trouve de rares cheveux. La poche est alors commodément saisie avec des pinces et attirée hors de la plaie. Mais il existe une adhérence profonde et antérieure si solide, que je suis conduit à couper le muscle mylo-hyoïdien pour la détacher et achever l'extirpation. Ce plan musculaire sectionné, je pense sans trop de peine libérer et extraire la partie profonde de la poche. Celle-ci était en somme comme en bissac et présentait deux loges secondaires, étant coudée au niveau du bord postérieur du mylo-hyoïdien. Je n'ai pas pu isoler de pédicule allant s'insérer au maxillaire.

L'adhérence antérieure et profonde qui gênait l'extraction de mon kyste, se faisait aux tendons des muscles géniens. La muqueuse buccale, bien que réunie par une cicatrice à la paroi kystique, a pu être décollée sans déchirure et la cavité de la bouche ne communique point avec le foyer opératoire. Celui-ci est profond et spacieux et il s'y produit en différents points des suintements sanguins qui nécessitent des ligatures, et m'obligent à laisser un petit drain. Sutures profondes comprenant le mylo-hyoïdien et sutures cutanées au crin.

Dans certaines de ces opérations on a signalé des troubles respiratoires au moment des manœuvres nécessitées par l'extraction de la poche.

Il ne s'est produit ici rien de semblable. La respiration est demeurée très régulière pendant toute la durée de l'opération. Il est vrai que ces ennuis surviennent particulièrement quand il y a des adhérences hyoïdiennes, ce qui n'était pas le cas chez notre malade.

Les suites de l'intervention ont été très satisfaisantes. Pendant deux jours le malade a été incommodé par un crachotement

fréquent et pénible et par la gêne que lui causaient les mouvements de déglutition. Il y avait en outre un gonflement en bourrelet de la muqueuse buccale œdémateuse.

Dès le troisième jour ces phénomènes s'amendaient. Le drain fut ôté le cinquième jour.

A ce moment il n'y avait plus ni douleur, ni gonflement de la muqueuse, et les mouvements de la langue étaient redevenus faciles, en même temps que le besoin de cracher sans cesse avait disparu.

Les fils furent ôtés le 24 septembre. La réunion était parfaite. Le malade nous a quittés dès le lendemain 25.

M. Petit, chef du laboratoire de M. Le Dentu, a eu la complaisance d'étudier la paroi du kyste et le liquide recueillis au cours de l'intervention.

Sur ses préparations, on constate avec une grande netteté que cette paroi est constituée par un derme et un épiderme.

Cet épiderme présentait une couche profonde comparable au corps de Malpighi, un *stratum granulosum* et une couche épaisse de cellules lamellaires et cornées.

Le magma butyreux, qui remplissait le kyste, était formé par ces cellules devenues libres et agglomérées entre elles. Dans l'épaisseur de la paroi on voyait un grand nombre de très belles glandes sébacées et quelques follicules pileux, constatation intéressante, car ces poils et glandes manquent très souvent dans les dermoïdes du plancher de la bouche. Par contre, il n'y avait pas de papilles.

Quant au liquide, il a été étudié d'abord au microscope, et cet examen n'a rien montré que de débris cellulaires et de cristaux d'acide gras. Cliniquement il présentait cette particularité de contenir du sulfocyanure de potassium. La présence de

ce sel a d'abord causé quelque surprise à M. Petit, mais toutes les réactions appropriées l'ont conduit à cette même conclusion que son existence dans ce liquide était incontestable. Il a cru cependant devoir faire vérifier son analyse par un chimiste distingué, M. Bricemoret, qui lui aussi a fait la même constatation.

La présence du sulfo-cyanure de potassium est en effet assez singulière dans un kyste dermoïde. A la vérité, même dans une grenouillette, le fait aurait été anormal, car le liquide des grenouillettes diffère de la salive et en particulier, diverses analyses ont montré qu'il ne contenait point de sulfo-cyanure de potassium. Dans notre cas, si le kyste était demeuré clos pendant toute son évolution, le fait eût été d'une interprétation difficile. Mais il n'en a pas été ainsi. Pendant plusieurs semaines, le kyste a été mis en communication large avec la bouche et la salive s'introduisait librement dans la poche devenue ainsi une annexe de la cavité buccale. Puis le kyste s'est refermé et il n'y a rien d'étonnant que quelques éléments de la salive soient demeurés emprisonnés dans sa cavité.

Sans doute, ils se seraient modifiés et auraient disparu à la langue, mais l'époque des précédentes interventions est encore toute récente.

Etant donné que ce kyste avait été longtemps ouvert dans la bouche, milieu où vivent normalement de nombreux germes, on aurait dû rencontrer dans cette poche des micro-organismes. Mais, contrairement à notre attente, le contenu du kyste était stérile, comme celui des dermoïdes qui sont restés complètement clos.

CONCLUSIONS.

1° La grenouillette sus-hyoïdienne est habituellement précédée par l'apparition d'une tumeur sublinguale, et dans ce cas, il est probable qu'elle se développe toujours aux dépens d'un de ces prolongements glandulaires qu'envoie la glande sublinguale à travers le muscle mylo-hyoïdien.

Quant à la glande sous-maxillaire, elle ne doit guère prendre part au développement de la grenouillette sus-hyoïdienne que dans le cas où celle-ci apparaît d'emblée extérieurement.

2° La grenouillette sus-hyoïdienne présente les trois grands caractères distinctifs suivants : fluctuation, mollesse remarquable, réductibilité réelle ou tout au moins apparente.

3° Le diagnostic différentiel à établir avec le lipome, l'abcès froid, le kyste hydatique et le kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne est quelquefois assez délicat.

3° Pour le traitement, la tumeur sera abordée par la voie buccale, en raison de la cicatrice trop visible que laisse après elle l'incision sus-hyoïdienne.

Etant données les difficultés, sinon l'impossibilité de

l'extirpation complète, le procédé de choix consistera dans l'injection de chlorure de zinc en solution au 1/10 suivie d'une ponction évacuatrice avec drainage prolongé pendant des semaines et même des mois.

Vu par le Président de thèse.

LE DENTU

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT. — Die nenesten Ausichten uber die natur der Ranula. Allg. Wien. méd. Zeit., 1887, 379.
- ACHARD ET. LANNELONGUE. — Traité des kystes congénitaux, Paris 1886, p. 416.
- BAZY. — Anatomie et physiologie de la grenouillette. Progrès médical, Paris 1883, p. 735.
- BONIBART. — Thèse Paris 1853. De la grenouillette et de son traitement.
- BOYER. — Thèse Lyon 1895. De la grenouillette sus-hyoïdienne.
- CADIOT. — Etude sur les grenouillettes. Thèse Paris, 1879, n° 310.
- CHABERT. — Des grenouillettes. Thèse Montpellier 1885. n° 55.
- CHARVILLAT. — Thèse Paris 1895. Grenouillette sus-hyoïdienne.
- CHAUVEL. — Article grenouillette. Dict. encycl. des sciences méd. Paris 1884, 4^e série, t. X, p. 628.
- CORNIL ET RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique. Paris 1884, t. II, p. 246.

- DASSEY. — Etude sur la grenouillette et sur son traitement par les injections irritantes.
- DELENS. — De la grenouillette sus-hyoidienne. Revue de chirurgie, 1881.
- DIEU. — Un cas de grenouillette sublinguale et sus-hyoidienne. Bullet. soc. chir. Paris, 1881, t. V, n. 456.
- FASSENOT. — De la grenouillette et de son traitement. Strasbourg 1855.
- FÉLIZET. — Bulletin soc. chirurg. 1891, p. 603.
- FORGET. — De la coexistence d'une grenouillette sublinguale et d'un kyste sus-hyoidien. Bulletin soc. ch. Paris 1871.
- GILLETTE. — Grenouillette sublinguale et sus-hyoid. Journal des com. méd. prat. Paris, 1884, page 107.
- GOSSELIN. — Grenouillette subling. et S. hyoid. Gazette des Hôpit. de Paris, 1880, p. 577.
- HARTMANN. — Nouveau traité de chirurgie Duplay et Reclus. article grenouillette. t. V. page 231.
- HERGÈS. — Über die Behandlung der Ranula. Arch. für. klin. chir. Berlin 1884. p. 452.
- LELIÈVRE. — Th. Paris, 1861. De la grenouillette.
- MAGNIER. — Nature de la grenouillette et de son traitement, Th. Paris, 1854.
- MORESTIN. — Traité de ch. Le Dentu et Delbet. Art. Grenouillette.
- OVERBECK. — Zur behandlung der Ranula Arch. für. klin. chir. Berlin, 1884.
- PICHON. — De la grenouillette et de son traitement. Paris, 1854.
- RAILLARD. — Thèse Paris, 1871. Diagnostic et traitement de la grenouillette et des tumeurs sublinguales.

TILLAUX. — Pathogénie de la grenouillette. Bulletin de la Soc. chirurg. Paris, 1874, p. 316.

LONNENBURG. — Litz und behandlung der Ranula. Arch. für klink. chir. Berlin, 1883, p. 627.

